



**FORMULAIRE DE SAISINE DE LA COMMISSION ADMINISTRATIVE PARITAIRE – CAP**

**COLLECTIVITÉ ou ÉTABLISSEMENT PUBLIC :**

**NOM :**

**Personne en charge du dossier :**  
(Nom, téléphone, mail)

**FONCTIONNAIRE CONCERNÉ :**

**NOM :**

**Prénom :**

**SITUATION ADMINISTRATIVE DE L'AGENT :**

**Statut :**

**Catégorie :**

**Grade :**

**Depuis le :**

**Fonctions :**

**Date d'entrée dans la Fonction Publique :**

**Date d'entrée dans la collectivité / établissement :**

**MOTIF DE SAISINE DE LA CAP :**

- Refus de titularisation du fonctionnaire stagiaire :
- Licenciement en cours de stage pour insuffisance professionnelle
- Renouvellement ou non-renouvellement du contrat de travailleur handicapé
- Licenciement du fonctionnaire pour inaptitude physique
- Refus d'une demande de formation :
- Demande de révision du compte-rendu d'entretien annuel
- Refus de demande de disponibilité
- Autres :

*Précisez la nature de la demande si besoin*

**Date**

**Cachet et signature**

**Le formulaire de saisine doit obligatoirement être accompagné d'un rapport introductif circonstancié de la collectivité ou d'un courrier de l'agent et est à transmettre par mail à [ygaspard@cdg90.fr](mailto:ygaspard@cdg90.fr)**