|  |  |
| --- | --- |
| 2017 - 001 | **DOSSIER DE RENOUVELLEMENT DU CONTRAT D’UN TRAVAILLEUR HANDICAPE POUR UNE DUREE DE 12 MOIS****Nom de la collectivité : …………………………………………………………** **Adresse : …………………………………………………………………………..** |

Le dossier doit comporter :

* la présente fiche
* un rapport circonstancié du Maire ou du Président de la collectivité expliquant les motifs qui conduisent à proposer un renouvellement du contrat pour une durée d’un an
* la fiche de poste de l’agent

# **A remplir par la collectivité**

Nom et prénom de l’agent : …………………………………………………………………………………………….

Date de naissance : ……………………………………………………………………………............................

Diplômes détenus par l’agent : ……………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………......................................

Grade : ………………………………………………………………………………………………………………………..

Durée hebdomadaire : / 35ème

Date de début de contrat : / /

Dates de formation d’intégration : ………………………………………………………………………………….

Motifs et dates des absences en cours de contrat conduisant à un report de la date de prise de décision (exemple absence pour congé de maladie supérieure à 36 jours) :

…………………………………………………………………………………………………....................................

…………………………………………………………………………………………………....................................

…………………………………………………………………………………………………....................................

…………………………………………………………………………………………………....................................

**A remplir par l’agent**

Je soussigné(e), nom et prénom de l’agent : …………………………………………………………………….

Contractuel depuis le : ………………………………………………………………………………………………………..

- Atteste avoir pris connaissance du rapport portant demande du renouvellement de mon contrat en date du …………… adressé par l’autorité territoriale pour avis de la Commission Administrative Paritaire (C.A.P.).

- Reconnais être informé(e) de la possibilité de consulter mon dossier administratif en mairie ou au siège de l’établissement public

- Reconnais être informé(e) de la possibilité de saisir par courrier monsieur le Président de la C.A.P. auCentre de Gestion, 2 impasse Initialis CS 20052 14202 Hérouville Saint Clair cédex, pour lui faire connaître d’éventuelles observations, **sous couvert de l’autorité territoriale et ce** **obligatoirement au moins 11 jours avant la réunion de la C.A.P.** **afin de respecter les délais de transmission règlementaires**.

Fait à ……………….. le ……………….

Signature de l’agent

☞ Toutes observations parvenues après le délai fixé ci-dessus ne seront pas prises en compte.