**COMMISSION ADMINISTRATIVE PARITAIRE DU** Cliquez ici pour entrer une date.Catégorie Choisissez un élément.

LICENCIEMENT EN COURS DE STAGE

*Pièce à joindre :*

* *Rapport de stage circonstancié, ci-joint, signé par l’agent*

La Collectivité :

L’autorité territoriale, vu et approuvé le Cliquez ici pour entrer une date.

Cachet et signature

* ***Le fonctionnaire territorial stagiaire ne peut être licencié pour***

***insuffisance professionnelle que lorsqu'il est en stage depuis***

***un temps au moins égal à la moitié de la durée normale du stage.***

A compléter par informatique – Un tableau par agent

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOM - Prénom | Grade | Date de nomination stagiaire | Date d’effet du licenciement |
|  |  |  |  |

**Avis de la CAP :**

COMMISSION ADMINISTRATIVE PARITAIRE

RAPPORT DE STAGE

* Les appréciations littérales doivent être portées sur le rapport de stage :
* par le Chef de service ou le Directeur Général des Services,
* par l’autorité territoriale.
* Il en est de même pour les appréciations complémentaires justifiant les décisions :
* de prorogation de stage,
* de renouvellement de stage,
* de licenciement en cours de stage,
* de refus de titularisation en fin de stage.
* Enfin, le rapport de stage doit être **signé par l’agent**. En cas de refus de signature, ce refus doit être mentionné sur le document.

**RAPPORT DE STAGE**

**COLLECTIVITÉ :**

**AGENT**

Nom patronymique (de naissance) :

Nom marital : Prénom :

Date de naissance :

Grade détenu en qualité de stagiaire :

Date d’effet de la nomination en qualité de stagiaire :

Si l’agent est titulaire d’un autre grade, préciser lequel :

[ ]  - Titularisation (non soumise à l’avis de la CAP) - Date :

**Avis préalable de la CAP**

Cocher les cases correspondantes

[ ]  Renouvellement de stage à compter du :

[ ]  Prorogation de stage à compter du : Pour une durée de :

[ ]  Licenciement en cours de stage à compter du :

[ ]  Refus de titularisation à compter du :

* Congé de maladie pendant le stage, préciser la durée:
* Congé de maternité pendant le stage, préciser la durée :
* Temps partiel sur emploi à temps complet, préciser le taux : %
* Temps Non Complet, préciser le nombre hebdomadaire d’heures de travail :
* L’agent a déjà fait l’objet d’un renouvellement de stage : [ ]  oui [ ]  non
* L’agent a déjà fait l’objet d’une prorogation de stage : [ ]  oui [ ] non

 Si oui, quelle est sa durée :

***Emplacement réservé à l’agent stagiaire concerné****qui déclare avoir pris connaissance du présent rapport et formule**(éventuellement)
les observations suivantes :*

**Date et Signature de l’agent (obligatoire)**

**APPRECIATIONS LITTERALES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Eléments d’appréciation** (à choisir en fonction du grade occupé par le stagiaire) | **Appréciations du Chef de Service ou du DGS** | **Appréciations du Maire ou du Président (obligatoires)** |
| 1 - Aptitudes générales |  |  |
| 2 - Efficacité |  |  |
| 3 - Qualités d’encadrement |  |  |
| 4 - Sens des relations humaines |  |  |
| 5 - Connaissances professionnelles |  |  |
| 6 - Exécution - rapidité - finition |  |  |
| 7 - Initiative |  |  |
| 8 - Sens du travail en commun |  |  |
| 9 - Relations avec le public |  |  |
| 10 - Ponctualité |  |  |
| 11 - Assiduité |  |  |

Réf. loi n° 84.53 du 26/01/84 et circulaire ministérielle du 23/03/84

**APPRECIATIONS COMPLEMENTAIRES DETAILLEES JUSTIFIANT LA DECISION**

|  |  |
| --- | --- |
| **Le Chef de Service ou le Directeur Général des Services** | **Le Maire ou le Président (avis et signature obligatoires)** |
|  |  |

Fait à Le

Le Chef de Service ou le DGS, Le Maire ou le Président,

Cachet de la Collectivité