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

LICENCIEMENT POUR INAPTITUDE PHYSIQUE

*Pièces à joindre :*

* *Avis de la commission de réforme et, le cas échéant, du comité médical*
* *Courrier précisant, le cas échéant, l’impossibilité de reclasser l’agent*

La Collectivité :

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

Cachet et signature

*A compléter par informatique – Un tableau par agent*

|  |  |
| --- | --- |
| NOM - Prénom | Grade |
|  |  |

**Avis de la CAP :**