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

REFUS DE TITULARISATION EN FIN 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

A compléter par informatique – Un tableau par agent

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOM - Prénom | Grade | Date de nomination stagiaire | Date de la prorogation ou du renouvellement, le cas échéant | Date d’effet du refus de titularisation |
|  |  |  |  |  |

**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.

NB : La saisine de la CAP la veille de sa réunion entache son avis d’irrégularité et peut entraîner l’annulation de l’acte pris sur la base de cet avis

(Jugement du T.A. du 13 septembre 1990)

**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