Catégorie :

****

**COMMISSION ADMINISTRATIVE PARITAIRE DU**

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***

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM ET PRENOM DE L’AGENT :**Un tableau par agent**GRADE DE L’AGENT :** | **COLLECTIVITE*:*****Avis**[ ]  **Favorable** [ ]  **Défavorable**(Cocher la case correspondante)***L’autorité territoriale, vu et approuvé le*** ***Cachet et signature*** |

|  |
| --- |
| ***Cadre réservé au Centre de gestion (ne rien inscrire dans ce cadre)*** |
| **Avis de la CAP :** |