**COMMISSION ADMINISTRATIVE PARITAIRE**

de …………. (*nom de la collectivité ou de l’établissement*)

ELECTIONS DU …………. *(préciser la date)*

CATEGORIE : …

LISTE : **………….** (*nom explicite de l’organisation syndicale ou des organisations syndicales et, le cas échéant, mention de son appartenance à une union de syndicats à caractère national*)

|  |  |
| --- | --- |
| GROUPE HIERARCHIQUE N° … | GROUPE HIERARCHIQUE N° … |
| Nom, Prénom, Grade ou emploi1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20- | Nom, Prénom, Grade ou emploi1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20- |

*\* Pour rappel, l'autorité territoriale doit fixer après consultation des organisations syndicales représentées aux CAP relevant de la collectivité ou de l'établissement le modèle des bulletins de vote.*