

*Adresse mail du service gestionnaire :*

*Nom et adresse de la collectivité :*

## **Détachement** (au sein de la même collectivité ou vers l'extérieur)

**Demande initiale**

**Renouvellement**

NOM, Prénom : \_\_\_\_\_

Grade d'origine : \_\_\_\_\_

Détachement auprès de : \_\_\_\_\_

Grade d'accueil : \_\_\_\_\_

Date d'effet : \_\_\_\_\_

Durée : \_\_\_\_\_

**Pièces à joindre :**

- ✓ **Dernier arrêté de situation administrative de l'agent**

**Si détachement suite à un reclassement :**

- ✓ **Avis du comité médical ou de la commission de réforme**
- ✓ **Courrier de l'agent sollicitant son reclassement**

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Le Maire ou le Président,

-----  
**COMMISSION ADMINISTRATIVE PARITAIRE - Catégorie .....**

Séance du \_\_\_\_\_

Avis favorable

Avis défavorable

Le Président de la C.A.P.