***Adresse mail du service gestionnaire :***

***Nom et adresse de la collectivité :***

* Renouvellement de contrat d’un agent reconnu travailleur handicapé (art 38 loi n° 84-53 du 26/01/1984)

NOM, Prénom :

Grade :

Temps complet ☐ Temps non complet ☐ (Durée Hebdomadaire Service : ...h...)

Date de nomination en qualité de contractuel :

Date de fin de contrat : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date du renouvellement du contrat :

Durée du renouvellement du contrat :

Pièces à joindre :

|  |  |
| --- | --- |
| * **Fiche de poste de l'agent**
* **CV de l'agent**
* **Rapport circonstancié de l'autorité territoriale**
 | * **Fiche(s) d’évaluation**
* **Rapport du médecin de prévention sur l’aptitude de l’agent**
* **Formations suivies pendant la période d’activité**
 |

 A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Le Maire ou le Président,

 -------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Je soussigné(e) …………………………………………. certifie avoir :

* Pris connaissance de la présente proposition
* Eu une copie du rapport circonstancié de l'autorité territoriale
* Été informé(e) de la possibilité de saisir par écrit la commission administrative paritaire (copie adressée à la collectivité)

J’accepte d’être contacté(e) par un membre de la C.A.P. Oui 🞏 Non 🞏

 A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Signature de l'agent concerné