



COMMISSION ADMINISTRATIVE PARITAIRE

Catégorie A B C D

LICENCIEMENT d'un STAGIAIRE en fin de stage pour insuffisance professionnelle

Collectivité / Établissement :

Date effective du licenciement : ___ / ___ / _____

AGENT :

Nom de naissance :		Nom d'usage :	
Prénom(s) :			
Date de nomination :	___ / ___ / _____	Grade :	
Spécialité :	<input type="checkbox"/> Administrative	<input type="checkbox"/> Technique	<input type="checkbox"/> Sécurité civile <input type="checkbox"/> Sécurité publique
Fonction :			
Temps de travail :	<input type="checkbox"/> Temps complet	<input type="checkbox"/> Temps non complet (<i>préciser</i>) :h / semaine	
Formation suivie :			

Date et signature de l'agent :

Joindre au présent formulaire :

- Fiche de poste ;
- Évaluations en cours de stage ;
- Rapport de l'autorité sur les raisons du licenciement.

Personne référente en charge du dossier	
Nom Prénom :	
Téléphone	Courriel :

AVIS DE LA COLLECTIVITÉ ou DE L'ÉTABLISSEMENT :

Favorable Défavorable

Observation :

.....

.....

Date et signature de l'autorité de nomination :

AVIS de la CAP du

Avis favorable à l'unanimité

Avis favorable : votes pour Votes contre Abstentions

Avis défavorable : votes pour Votes contre Abstentions

Observation :

.....

Le Président de la CAP