



# COMMISSION ADMINISTRATIVE PARITAIRE

Catégorie  A  B  C  D

## PROROGATION de STAGE pour insuffisance professionnelle

(la durée de prorogation n'est pas prise en compte dans le calcul de l'ancienneté lors de la titularisation)

\*\*\*\*\*

Collectivité / Établissement : .....

### Prorogation :

Date de début : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Date de fin : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Durée total : .....

### 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 (préciser) : .....h / semaine	
Formation suivie :			

Date et signature de l'agent :

Joindre au présent formulaire :

- Fiche de poste ;
- Attestation formation d'accueil ;
- Évaluations en cours de stage.

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