



DÉTACHEMENT

Fiche de saisine de la Commission Administrative Paritaire

COLLECTIVITÉ :

Adresse :

.....

Nombre d'habitants :

Coordonnées de la personne chargée du dossier.....

I - TYPE DE DÉTACHEMENT

➤ **FONCTION PUBLIQUE**.....

➤ **ORGANISME OU INSTITUTION**

➤ **INAPTITUDE PHYSIQUE**.....

➤ **SUPPRESSION DE POSTE (article 97 de la loi du 26/01/1984)**.....

➤ **AUTRES CAS**

Préciser

II - SITUATION ADMINISTRATIVE DE L'AGENT

Matricule :

M. **Mme** **Mlle**

NOM : **PRÉNOM :**

Date de naissance :

Adresse :

.....

a) Situation dans l'administration d'origine :

Nom de l'administration d'origine	Grade	Echelon Ancienneté dans l'échelon	Indice Brut

b) Situation dans la collectivité d'accueil (1):

Grade	Echelon	Indice Brut	<u>S'il s'agit d'une 1^{ère} demande :</u> Durée de la demande (2) et date de début	<u>S'il s'agit d'un renouvellement (3)</u> Durée de la demande et période(s) antérieure(s) accordée(s)

(1) Le détachement a lieu à indice égal ou, à défaut, à indice immédiatement supérieur

(2) Détachement de courte durée : 6 mois maximum, non renouvelable

Détachement de longue durée : 5 ans maximum, renouvelable

(3) L'agent doit être en position d'activité lors de sa demande de renouvellement

III - PIECES A FOURNIR

Lettre de demande de l'intéressé	<input type="checkbox"/>
<u>Pour un détachement pour inaptitude physique :</u>	
Lettre de demande de l'intéressé	<input type="checkbox"/>
Avis du Comité médical	<input type="checkbox"/>
Profil de poste	<input type="checkbox"/>

VISA DE L'AUTORITE TERRITORIALE

Fait à :

Signature + Cachet :

Le :