Identification de la collectivité

**Nom de la collectivité** : ............

Affaire suivie par : ............

Téléphone (ligne directe) : ............

Email : ............

Le projet d’arrêté sera envoyé en format PDF à l’adresse Email renseignée ci-dessus.

SITUATION de l’agent CONCERNE

* **Nom :** ............ **Prénom :** ............
* Grade : ............
* Agent :  Stagiaire  Titulaire
* Temps de travail :  temps complet  temps non complet, préciser la durée hebdomadaire : ............
* Agent intercommunal :  OUI, préciser la ou les collectivité(s) : ............

  NON

* Date de début du congé parental : ............
* Date de réintégration souhaitée suite au congé parental : ............

Fait à ............ ,le ............,

le Maire – le Président, (signature + cachet)

# PIÈCES À JOINDRE

* Copie du courrier de l’agent sollicitant sa réintégration (si avant le terme initialement prévu)

Veuillez retourner votre formulaire à l’adresse suivante :*cdg50@cdg50.fr*