**Rappel**

Un agent qui se trouve, de manière définitive, atteint d'une inaptitude physique à occuper son emploi à l'issue d'un congé de maladie, de grave maladie, d'accident du travail, de maladie professionnelle ou de maternité, de paternité, d'accueil d'un enfant ou d'adoption, est licencié lorsque le reclassement dans un autre emploi n'est pas possible.

**Plusieurs conditions sont requises avant de procéder au licenciement :**

- l’agent doit être reconnu définitivement inapte physiquement à l’exercice de ses fonctions par un médecin agréé et/ou le conseil médical (saisine du conseil médical pour les agents contractuels avec une ancienneté supérieure à 3 ans dans la collectivité suite à un congé de grave maladie) ;

- l’agent doit être en fin de droits d’un congé de maladie, de grave maladie, d’accident du travail, de maladie professionnelle ou de maternité, de paternité, d'accueil d'un enfant ou d'adoption ;

- l’agent ne peut être reclassé dans un autre emploi. L’autorité territoriale doit avoir étudié la possibilité de reclassement.

### Identification de la collectivité

**Nom de la collectivité** : ............ Affaire suivie par : ............

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

### Identite de l’agent

**Nom :** ............ **Prénom :** ............

Nom de naissance : ............

### situation administrative de l’agent

Nature du contrat :  CDD  CDI

Date de début du contrat : ............

Date de fin du contrat (uniquement si CDD) : ............

Grade : ............

Temps de travail :  temps complet  temps non complet, préciser la durée : ............

### motif de la saisine

Date de l’avis du Conseil médical (le cas échéant) : ............

Date de l’avis du Médecin Agréé : ............

Inaptitude définitive :  aux fonctions  à toutes fonctions

Proposition de reclassement de la collectivité :  OUI  NON (à préciser) ............

Demande de reclassement de l’agent :  OUI  NON

Date d’effet souhaitée du licenciement (au terme du préavis) : ............

**IMPOSSIBILITE DE RECLASSEMENT (dans le cas d’une inaptitude à ses fonctions) :**

 L’agent ne présente pas de demande de reclassement ou refuse l’offre de reclassement

 La collectivité n’a pas d’emploi vacant

 Echec de la procédure de reclassement, lorsque celui-ci ne peut être proposé avant l’issue du préavis
(congé sans traitement de l’agent pour une durée maximum de 3 mois)

**Historique des arrêts maladie** : **Merci de rayer les cases qui ne concernent pas l’agent**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | CMO | CGM | AT / MP |
| Périodes | ............ | ............ | ............ |
| **TOTAL** | **............** | **............** | **............** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Congé maternité | Congé paternité | Congé d’accueil d’un enfant ou d’adoption |
| Périodes | ............ | ............ | ............ |
| **TOTAL** | **............** | **............** | **............** |

Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

le Maire – le Président, (signature + cachet)

(Nom – *Prénom*)

# PIÈCES À JOINDRE À L’IMPRIMÉ DE SAISINE

* avis du médecin agréé et/ou du conseil médical (le cas échéant),
* courrier de convocation à l’entretien préalable,

En cas d’inaptitude aux fonctions et pas à toutes fonctions :

* courrier de l’autorité territoriale qui demande si l’agent souhaite bénéficier d’un reclassement,
* courrier de l’agent qui accepte ou refuse le bénéfice de la procédure de reclassement de l’autorité territoriale,
* précisions sur les recherches effectuées par l’autorité territoriale sur les possibilités de reclassement.

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

**Textes de Référence**

* *Décret n°88-145 du 15 février 1988 - articles 13 III et 39-3, 39-5 et 42*
* *Décret n°2016-1858 du 23 décembre 2016 – article 20*