

#### Demande d’avis de la commission consultative paritaire

**Catégorie A** 🞎 **B** 🞎 **C** 🞎

#### LICENCIEMENT POUR INAPTITUDE PHYSIQUE

**EN CAS DE NON POSSIBILITE DE RECLASSEMENT**

Collectivité :

Nom / Prénom de l’agent :

Grade :

Date de nomination contractuelle dans la collectivité :

**Licenciement pour inaptitude physique :**

##### PIÈCES A JOINDRE :

Avis du médecin agrée.

Documents attestant que des possibilités de reclassement ont été proposées à l’agent.

###### Le

##### NOM ET SIGNATURE DE L’AUTORITÉ TERRITORIALE