



**SAISINE CAP RECOURS GRACIEUX CONTRE LA DECISION D'ENGAGEMENT  
(PAR L'AUTORITÉ TERRITORIALE)  
DE LA PROCÉDURE DE RECLASSEMENT  
(FONCTIONNAIRES RECONNUS INAPTES A L'EXERCICE DE LEURS FONCTIONS)**

Décret n° 89-229 modifié du 17 avril 1989 Article 37-1 III 8°	En l'absence de demande de reclassement de l'agent dans un emploi d'un autre corps ou cadre d'emplois, l'autorité territoriale ou le président du Centre national de la fonction publique territoriale ou le président du centre de gestion peut, après un entretien avec l'intéressé, décider de proposer au fonctionnaire reconnu inapte à titre permanent à l'exercice des fonctions correspondant à son grade, qui n'est ni en congé pour raison de santé, ni en congé pour invalidité temporaire imputable au service, des emplois compatibles avec son état de santé pouvant être pourvus par la voie du détachement.
Décret n° 85-1054 modifié du 30 septembre 1985 Article 3-1	Le fonctionnaire peut former un recours gracieux contre la décision par laquelle l'autorité territoriale ou le président du Centre national de la fonction publique territoriale ou le président du centre de gestion a engagé la procédure de reclassement. L'autorité compétente statue sur ce recours après avis de la commission administrative paritaire dont l'agent relève.

DEMANDEUR			
NOM * :		PRENOM * :	
ADRESSE PERSONNELLE * :			
TELEPHONE * :		MAIL * :	
FONCTION EXERCEE * :			
CATEGORIE * :	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C
COLLECTIVITE * :			

GRADE DÉTENU PAR L'AGENT :		
Date d'effet et durée de la décision de l'autorité territoriale de reclassement de l'agent par la voie du détachement :	Date d'effet	Durée
	JJ/MM/AAAA	
Grade et/ou cadre d'emplois proposé par l'autorité territoriale :		
<b>MOTIFS DU RECOURS DE L'AGENT CONTRE LA DECISION D'ENGAGEMENT DE LA PROCÉDURE DE RECLASSEMENT :</b>		

Documents à joindre à la saisine :

- Copie de la notification par l'autorité territoriale à l'agent des emplois proposés \*
- Copie de l'avis du Conseil Médical relatif à l'inaptitude de l'agent à ses fonctions \*

-----Les mentions suivies de \* sont obligatoires à l'instruction de votre dossier-----

<b>Cadre réservé au Centre de Gestion</b>
---

Fait à :
Le :
Nom Prénom, Signature de l'agent