



COMMISSIONS ADMINISTRATIVES PARITAIRES

Prorogation de stage

Collectivité : _____

Agent concerné :

Nom Prénom :

Grade :

Période du stage initial : du au

Période de prorogation : du au

Fait le : _____

Signature du représentant de la collectivité.

ATTENTION :

1°) Joindre à cet imprimé un rapport motivant la prorogation de stage : Satisfait

2°) Demande de projet d'arrêté correspondant : Oui Non
(sauf avis défavorable de la CAP)