**Modèle d’arrêté**

***Constatant l’impossibilité de reclassement***

🕬 Les mots inscrits en italique et cet encadré doivent faire l’objet d’un choix et/ou être enlevés dans la version définitive de l’arrêté.

*Logo ou blason de la collectivité territoriale ou de l’établissement public*

*Nom du département*

*Nom de l’arrondissement*

*Nom de la collectivité territoriale ou de l’établissement public*

**Arrêté n°20***…* **- …** *(n° d’ordre)*

**Constatant l’impossibilité de reclasser**

*Madame ou Monsieur* **…** *(Nom et prénom de l’agent)*

*Le-La Maire-Président-Présidente de* … *(nom de la commune ou de l’établissement public sauf si vous inscrivez ce nom en haut à gauche),*

Vu le Code général des collectivités territoriales, notamment son article[[1]](#footnote-1) …

Vu le Code général de la fonction publique,

Vu le décret n°85-1054 du 30 septembre 1985 relatif au reclassement des fonctionnaires territoriaux reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions, et notamment son article 3,

Vu le décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 relatif à l’organisation des conseils médicaux aux conditions d’aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux,

*(le cas échéant si le fonctionnaire est à temps non complet)* Vu le décret n°91-298 du 20 mars 1991 portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps non complet,

Vu l’avis du conseil Médical Départemental en date du ……, considérant l’agent inapte aux fonctions correspondant aux emplois de son grade et apte à exercer d’autres fonctions, et préconisant un reclassement,

Vu le courrier du …. adressé à M … portant communication de l’avis du conseil médical départemental en date du … et informant l'agent de son droit à bénéficier d'une période de préparation au reclassement,

*Considérant que M … a bénéficié de cette période de préparation au reclassement qui s’est déroulée du … au …,*

*OU*

*Considérant que M … a renoncé au bénéfice de cette période de préparation au reclassement*,

Considérant que par courrier du ... M … a effectué une demande reclassement,

Considérant que des démarches de reclassement ont été engagées par la collectivité, en lien avec le CDG,

Considérant que ces démarches n’ont pas pu aboutir au reclassement de l’agent,

**ARRÊTE**

**Article 1 :**

A compter de la notification du présent arrêté, il est constaté l’impossibilité d’effectuer le reclassement de M .... dans les conditions définies par le décret n° 85-1054 du 30 septembre 1985.

**Article 2 :**

*Le Directeur général des services ou La secrétaire de mairie* est *chargé(e)* de l’exécution du présent arrêté.

**Article 3 :**

Une ampliation sera adressée *au Président/ à la Présidente* du Centre départemental de gestion de la fonction publique territoriale du Loiret et au comptable principal de … (*nom de la commune ou de l’établissement public*).

**Article 4 :**

Le présent arrêté peut faire l’objet d’un recours gracieux auprès du *Maire de la commune* *OU du Président/ de la Présidente de … (dénomination de la collectivité territoriale ou de l’établissement public concerné)* et/ou d’un recours contentieux auprès du Tribunal Administratif d’Orléans, situé 28 rue de la Bretonnerie, 45057 Orléans dans un délai de deux mois à compter de sa notification. Le tribunal administratif peut être saisi par l’application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet http://telerecours.fr

*Monsieur ou Madame le* *Maire-Président/Présidente* certifie, sous sa responsabilité, le caractère exécutoire du présent arrêté.

*Le-la* *Maire-Président/Présidente*

*NOM Prénom*

Fait à … *(nom de la commune ou de la commune siège de l’établissement public)*

Le … *(date)*

Notifié le … *(date)*

Signature de l’agent :

*Cet arrêté n’est pas transmis au Représentant de l’Etat*

1. *L.2122-18 (commune) ou L.3221-3 (département) ou L.4231-3 (région) ou L.5211-9 (intercommunalité)* [↑](#footnote-ref-1)