**COMMISSION ADMINISTRATIVE PARITAIRE**

de …………. (*nom de la collectivité ou de l’établissement*)

ELECTIONS DU …………. *(préciser la date)*

CATEGORIE : …

LISTE : **………….** (*nom explicite de l’organisation syndicale ou des organisations syndicales et, le cas échéant, mention de son appartenance à une union de syndicats à caractère national*)

|  |  |
| --- | --- |
| GROUPE HIERARCHIQUE N° … | GROUPE HIERARCHIQUE N° … |
| Nom, Prénom, Grade ou emploi  1-  2-  3-  4-  5-  6-  7-  8-  9-  10-  11-  12-  13-  14-  15-  16-  17-  18-  19-  20- | Nom, Prénom, Grade ou emploi  1-  2-  3-  4-  5-  6-  7-  8-  9-  10-  11-  12-  13-  14-  15-  16-  17-  18-  19-  20- |

*\* Pour rappel, l'autorité territoriale doit fixer après consultation des organisations syndicales représentées aux CAP relevant de la collectivité ou de l'établissement le modèle des bulletins de vote.*