COMPLément AUX actions prévues dans le projet de transition professionnelle

Document à compléter si les actions prévues à l’article relatif au contenu de la période de préparation au reclassement sont amendées

|  |  |
| --- | --- |
| **Administration employeur** | |
| Nom de la collectivité ou de l’établissement : | |
| Coordonnées du référent de l’administration employeur | |
| Nom : | Prénom : |
| Téléphone : | Mail : |
| **Fonctionnaire bénéficiaire de la période de préparation au reclassement** | |
| Nom : | Prénom : |
| Date de naissance |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| | Grade : |
| Rappel du projet de transition professionnelle : |  |
| **Session(s) de formation** | |
| Préciser, pour chaque formation : Intitulé, dates et organisme | |

|  |
| --- |
| **Session(s) d’immersion (observation / mise en situation)** |
| Préciser pour chaque session réalisée au sein de l’administration employeur : dates, service, tâches/missions, tuteur, horaires … |
| ***Dans le cas de session d’observation ou de mise en situation réalisée en dehors de l’administration d’origine***  Nom et coordonnées de l’administration d’accueil :  Date de début de la session : Date de fin de la session :  Fonctions observées/expérimentées : *(préciser le métier/emploi…)*  Horaires du fonctionnaire pendant la session d’observation/de mise en situation : |
| *Pour rappel (art. 3 de la convention initiale) en cas d’immersion au sein d’une administration d’accueil, il appartient à l’administration employeur de rédiger une convention tripartite (entre l’agent, l’administration employeur et d’administration d’accueil) qui vient* *préciser les modalités de réalisation de cette session. L’administration d’accueil est associée à l’élaboration de cette convention et une copie est adressée au CDG13.* |

Fait à :

Le :

Signature de l’administration employeur Signature du fonctionnaire