C.A.P. compétente pour la catégorie : A **□**

B **□**

C **□**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**Collectivité :** ……………………………………………………………………………………..

 ……………………………………………………………………………………..

Nom : ……………………………………………………………………….

Prénom : ……………..………………………………………………………..

Grade : …..…………..............................................................................

Durée hebdomadaire de travail : ………/ 35èmes

Date de nomination stagiaire : ……....………………..

Missions confiées à l’agent : ……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………….……..

……………………………………………………………………………………………………………….……………..

……………………………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………………………………

L’agent bénéficie d’un encadrement : oui □  non □

L’agent a eu connaissance de l’insuffisance professionnelle qui lui est reprochée : oui □ non □

 Si oui, le …….………......

Date d’effet de la prorogation : ……...…..…………..

Durée de la prorogation : ……………..…………………………………………………………………………………

Le , à

**L’autorité territoriale** (signature et cachet)

**Pièces à joindre :**

* **Suivi du stagiaire**
* **Rapport sur la manière de servir l’agent**
* **Attestation de formation d’intégration**
* **Récapitulatif des absences en cours de stage, autres que congés annuels**