**LETTRE D’INFORMATION A L’AGENT SUR LE DROIT AU RECLASSEMENT**

**+ ATTESTATION DE DEMANDE OU DE REFUS**

*à envoyer en recommandé avec accusé de réception*

[Nom de la collectivité] [Ville, Date]

[Adresse de la collectivité]

[Code Postal, Ville]

[Nom de l’agent]

[Adresse de l’agent]

[code postal, ville de l’agent]

**OBJET : Information du droit à bénéficier d’un reclassement.**

Madame / Monsieur [à préciser],

Dans son avis en date du [date à compléter], le Conseil Médical/Médecin agréé vous a déclaré(e) inapte de manière absolue et définitive :

***[Au choix]***

* A votre poste et il nous est impossible de vous offrir un poste en adéquation avec les réserves médicales émises et vos capacités de travail.

***ou***

* Apte à votre poste en indiquant des restrictions. Après étude il nous est impossible de vous offrir un poste en adéquation avec les réserves médicales émises et vos capacités de travail.

***ou***

* Aux fonctions correspondant aux emplois de votre grade (soit le grade de [à compléter] et a préconisé un reclassement.

[Pour les agents contractuels]

Conformément à l’article 39-5 du Décret n°88-145 du 15 février 1988 pris pour l'application de l'article 136 de la loi du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif aux agents contractuels de la fonction publique territoriale, je vous informe de votre droit à bénéficier d’un reclassement.

OU

[Pour les agents titulaires]

Conformément au Décret n°85-1054 du 30 septembre 1985 relatif au reclassement des fonctionnaires territoriaux reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions, je vous informe de votre droit à bénéficier d’un reclassement.

**Aussi, je vous remercie de bien vouloir me retourner, complété, le document joint à la présente lettre, dans un délai de quinze jours à compter de la réception du présent courrier.**

Sachez que la procédure de reclassement sera conduite au cours d'une période d'une durée maximum de trois mois à compter de votre demande. À défaut de réponse dans le délai imparti, je considérerai que vous renoncez à votre droit au reclassement.

Toutefois, en l'absence de demande présentée la collectivité peut, après un entretien, décider de vous proposer, des emplois compatibles avec votre état de santé pouvant être pourvus par la voie du détachement. Pendant l'entretien, vous pourrez être accompagné par un conseiller en évolution professionnelle, un conseiller carrière ou par un conseiller désigné par une organisation syndicale.

Vous pourrez former un recours gracieux contre la décision par laquelle l'autorité territoriale a engagé la procédure de reclassement.

Pour toute information complémentaire, vous pouvez contacter le service ou la personne en charge des ressources humaines [à préciser].

Veuillez agréer, [Madame / Monsieur], l’expression de mes salutations distinguées.

Le Maire / Le Président

[nom, signature]

**ATTESTATION**

**DE DEMANDE OU REFUS DE RECLASSEMENT**

Je soussigné(e) (*nom prénom)…………………………………………………………………….* exerçant en qualité de (grade)…………………………………..………………… à *(collectivité)…………………………………..………………………………*

**Atteste avoir pris connaissance de mes droits par ma collectivité et :**

**□ accepte de m’engager dans une procédure de reclassement pour inaptitude physique**

**□ n’accepte pas de m’engager dans une procédure de reclassement pour inaptitude physique**. Cette décision peut conduire à un placement en disponibilité sans traitement, à une mise en retraite pour invalidité ou un licenciement. (En fonction d’éléments statutaires ou médicaux)

En acceptant la procédure de reclassement pour inaptitude physique, je m’engage à être acteur de mon reclassement en m’investissant, le cas échéant, dans des formations qui me seront proposées.

Enfin, je suis informé(e) que le reclassement peut être effectué par la voie de détachement ou par voie de recrutement externe selon l’une des modalités fixées aux articles L826-4 et L 826-5 du code général de la fonction publique (recrutement suite à la réussite à un concours d’accès à un autre cadre d’emploi ; le cas échéant, recrutement en qualité de travailleur handicapé notamment). Je reconnais être informé(e) que je peux également m’inscrire à la bourse de l’emploi du Centre de Gestion du Nord.

Fait à ……………………………………………

Le …………………………………………………

*Signature*