

Ville , le ...

Logo de la collectivité

Coordonnées de l'agent

Objet : information du droit à la période de préparation au reclassement et au reclassement suite à l'avis du conseil médical en formation restreinte *du ...*

Dossier suivi par :

Monsieur/Madame,

Suite à l'avis du conseil médical en formation restreinte du concernant (*adapter la demande*), vous avez été (*ex : reconnu définitivement inapte à vos fonctions et un reclassement professionnel doit vous être proposé*).

Nous vous informons de ce fait que vous pouvez bénéficier :

- d'une période de préparation au reclassement
- d'un reclassement professionnel dans les conditions prévues par les articles 81 à 86 de la loi 84-53 du 26 janvier 1984 et les décrets pris pour leur application.

Pour donner suite à cette démarche, nous vous invitons à nous adresser par écrit :

- votre accord concernant la mise en œuvre d'une période de préparation au reclassement
- votre accord concernant un reclassement professionnel direct

dans les 15 jours suivant la réception de ce courrier.

Dans l'hypothèse où vous ne souhaitez pas bénéficier d'une période de préparation au reclassement et/ou d'une démarche de reclassement, un courrier de refus devra également nous être adressé.

(Réponse sur papier libre ou modèle de courrier joint)

Je vous prie d'agréer, Monsieur/Madame, l'expression de mes salutations distinguées.

Monsieur/Madame le Maire/Président

Signature et cachet de la collectivité