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

Adresse complète : ………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adresse mail : …………………………………………………………..Numéro de téléphone : ……………………………………….………

Suivi du dossier assuré par : …………………………………………………………………………………………………………………………….

Référence

* **Article 33 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 : « les Comités Techniques sont consultés pour avis sur les questions relatives à l’organisation et au fonctionnement des services ; sur les évolutions des administrations ayant un impact sur les personnels**

Principe

**La collectivité doit saisir, préalablement à sa délibération, le Comité Technique lorsqu’elle procède à une organisation des services**

* **Date d’effet de la mesure envisagée** : ……………………………

**Le formulaire de saisine ne doit pas comporter l’identité des agents**

Nombre de fonctionnaires : Titulaires………………………………… Stagiaires…………………………………………………

Nombre de contractuels : CDI………………………………………….. CDD ………………...........................................

 Contrats aidés………………………… Apprentis………………………….…………………….

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pour les communes :

|  |
| --- |
| **Evolution démographique** (4 derniers recensements) |
| Année 20… | Année 20… | Année 20… | Année 20… |
|  |  |  |  |

Pour les CCAS-EPHAD :

|  |
| --- |
| **Nombre de résidants** (3 dernières années) |
| Année 20… | Année 20… | Année 20… |
|  |  |  |

 |
| Si la réorganisation concerne les services périscolaires :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ecoles** (3 dernières années scolaires) | **Année …/…** | **Année …/…** | **Année …/…** |
| **Nombre de classes** |  |  |  |
| Nombre d’élèves |  |  |  |
| Nombre de rationnaires à la cantine |  |  |  |

 |

|  |
| --- |
| * Rapport circonstancié de l’autorité territoriale (préciser le projet, effectif concerné, changement de poste, augmentation/diminution de DHS, modifications plannings, modifications horaires de travail ……)
 |

|  |
| --- |
| * **Impacts sur l’organisation des services**
 |
| * Création ou modification de l’organigramme
 | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| * *Si oui transmettre l’organigramme existant et le futur*
 |  |  |
|  |  |  |
| * Modification de la DHS d’un ou plusieurs agents
 | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| * *Préciser les changements dans le rapport circonstancié*
 |  |  |
|  |  |  |
| * Modification du nombre de jour ARTT
 | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| * *Le préciser dans le rapport circonstancié*
 |  |  |
|  |  |  |
| * Modificationdes horaires de travail
 | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| * *Transmettre les plannings (pause, coupure/pause méridienne)*
 |  |  |
|  |  |  |
| * Modification du tableau des effectifs
* *Suppression/création de poste à préciser dans le rapport circonstancié*
 | [ ]  Oui | [ ]  Non |
|  |  |  |
| * Induit des changements de poste pour certains agents
 | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| * *Transmettre les fiches de poste avant/après*
 |  |  |

|  |
| --- |
| * **Consultation du personnel (courrier, réunion, dates…)**
 |

* La rubrique ci-dessous doit être impérativement complétée par les agents concernés par la mesure

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Accord sur la mesure | Désaccord sur la mesure | Observations éventuelles des agents concernés par la mesure | Signature des agents |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Le Maire ou le Présidentcertifie exact les renseignements mentionnés dans ce dossier.

Fait à …………………………, le ……………………

Signature de l’autorité territoriale

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Service** | **Grade** | **Situation (1)** | **D.H.S (2)*****avant la mise en œuvre de la mesure*** ***(en h et mn)*** | **Emploi occupé avant la mesure** | **D.H.S (2)*****après la mise en œuvre de la mesure*** ***(en h et mn)*** | **Emploi occupé avec la mesure** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

* Tableau récapitulatif de la réorganisation à compléter **si nécessaire**:

**(1)** Stagiaire – titulaire – contractuel

Page 3

**(2)** A remplir uniquement si modification de la DHS

**(3)** la signature atteste pour l’agent avoir pris connaissance du dossier - A noter qu’ils peuvent adresser leurs observations éventuelles par courrier
à l’attention de Monsieur le Président du C.T. – Eleusis 2 - BP 417 – 22194 Plérin Cedex jusque 15 jours avant la séance, délai de rigueur