**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 :

□ je demande mon reclassement pour inaptitude physique.

En acceptant le 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.

□ je refuse le 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.

Enfin, je suis informée que le reclassement peut être effectué par la voie de détachement ou par voie de recrutement externe selon l’une des modalités fixées à l’article 82 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 (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 que je peux également m’inscrire à la bourse de l’emploi du Centre de Gestion de l’Eure.

 Fait à …………………

 Le …………………….

 *Signature*