**FORMULAIRE DE SAISINE DU COMITE TECHNIQUE**

Les formulaires de saisine du CT ne doivent pas être nominatifs

**COLLECTIVITE : ………………………………………………………………………….………………………………………………………………**

Nom et coordonnées mail et téléphoniques de la personne en charge du dossier : …………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre d’habitants | Nombre d’agents titulaires | Contractuelsde droit public | Stagiaires |
|  |  |  |  |

**OBJET DE LA SAISINE :**

**REFORME DES RYTHMES SCOLAIRES - IMPACTS**

**⬜ Nouvelle organisation hebdomadaire**

**⬜ Modification de l’organigramme**

**⬜ Modification de la durée hebdomadaire de travail des agents voire suppression de postes**

**(Cocher le ou les objet(s) de la saisine sur le(s)quel(s) le Comité technique devra rendre un avis)**

Nombre d'agents concernés par la nouvelle organisation du temps de travail :......................................

dont........................... du Service scolaire - périscolaire

dont..................... autres services

**Mise en œuvre :**

Concertation avec les agents concernés : Non □ Oui □ date : ......../......../...........

Modalités (réunions, entretiens....) :

..................................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................................

Réunion avec les partenaires (conseils d’école...) : date : ........./........../...........

⬜ ***Nouvelle organisation hebdomadaire du temps scolaire et périscolaire :***

*Semaine type* ***AVANT***

**Compléter la présentation de votre organisation hebdomadaire actuelle en positionnant des plages horaires. Vous pouvez joindre votre propre document.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Colonne à ajuster en fonction des activités** | **Lundi** | **Mardi** | **Mercredi** | **Jeudi** | **Vendredi** |
| PériscolaireGarderie |  |  |  |  |  |
| Scolaire |  |  |  |  |  |
| Périscolaire RestaurationTAP |  |  |  |  |  |
| Scolaire |  |  |  |  |  |
| TAP |  |  |  |  |  |
| PériscolaireGarderie |  |  |  |  |  |

*Semaine type* ***APRES*** *(rentrée scolaire prochaine)*

**Compléter la présentation de l'organisation hebdomadaire prévue en septembre en positionnant des plages horaires. Vous pouvez joindre votre propre document.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Colonne à ajuster en fonction des activités** | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi |
| PériscolaireGarderie |  |  |  |  |  |
| Scolaire |  |  |  |  |  |
| Périscolaire Restauration |  |  |  |  |  |
| Scolaire |  |  |  |  |  |
| PériscolaireGarderie |  |  |  |  |  |

⬜ ***Nouvel organigramme :***

Si le nouvel emploi du temps entraîne une modification de l’organigramme du service ou de la collectivité, le Comité technique doit rendre un avis :

Joindre l’ancien et le nouvel organigramme

⬜ ***Modification de la durée hebdomadaire de travail des agents voire suppression de postes***

**Rappel des règles :**

**La suppression des postes**

**Suppression du poste**

Délibération prise après avis du Comité technique saisi sur la base d’un rapport argumenté démontrant l’intérêt du service

Poste occupé par un agent contractuel

Poste occupé par un fonctionnaire

**Statut de l’agent occupant le poste**

Fonctionnaire stagiaire

Fonctionnaire titulaire à temps non complet

Sous CDI ou sous CDD en cours d’exécution

Sous CDD arrivant à terme

Fonctionnaire titulaire à temps complet

Fonctionnaire non intégré dans un cadre d'emplois

Fonctionnaire intégré dans un cadre d'emplois (durée hebdomadaire de travail ≥ 17,5/35e)

**Sort de l’agent**

Examen des possibilités de reclassement

Non renouvellement du contrat

Examen des possibilités de reclassement

Aucun droit à reclassement

Reclassement après avis de **la Commission administrative paritaire** sur un emploi correspondant à son grade ou dans un autre cadre d'emplois s'il en est d'accord (par détachement ou intégration directe)

Reclassement après avis de la **Commission administrative paritaire** sur un emploi correspondant à son grade ou dans un autre cadre d'emplois s'il en est d'accord (par détachement ou intégration directe)

Si reclassement impossible, après avis des futures **Commissions consultatives paritaires**, procédure de licenciement avec **indemnité** et droit aux allocations chômage sous réserve de remplir les conditions d’ouverture de droits

Si reclassement impossible, après avis de la **Commission administrative paritaire,** licenciement avec **indemnité voire allocations chômage versées par la collectivité**

Si refus de l'agent, licenciement après avis de **la Commission administrative paritaire**, avec possibilité de réinscription sur la liste d'aptitude

Si reclassement impossible, après avis de la **Commission administrative paritaire**, maintien en surnombre pendant un an dans la collectivité puis en l'absence d'emploi vacant prise en charge par le CDG (ou le CNFPT) moyennant une **contribution financière**

Si reclassement impossible, après avis de la **Commission administrative paritaire**, maintien en surnombre pendant un an dans la collectivité puis en l'absence d'emploi vacant prise en charge par le CDG (ou le CNFPT) moyennant une **contribution financière**

**La modification de la durée hebdomadaire de travail d’un poste à temps complet**

**- Délibération créant le nouveau poste et supprimant l’ancien poste, après avis du Comité technique**

**- Déclaration de création de poste auprès du CDG41**

**Modification du poste**

Délibération prise après avis du Comité technique créant le nouveau poste et supprimant l’ancien poste

Déclaration de création de poste auprès du CDG41

Poste occupé par un agent contractuel

Poste occupé par un fonctionnaire

**Statut de l’agent occupant le poste**

Proposition de modification du contrat par courrier en AR

Fonctionnaire stagiaire

Fonctionnaire titulaire

Il accepte

Il refuse

L’agent dispose d’un mois à compter de la réception pour faire connaitre son acceptation

Nomination après avis de la **Commission administrative paritaire** par arrêté sur le nouvel emploi, au même grade, même échelon, même ancienneté mais rémunération calculée sur la base du nouveau temps de travail

**Sort de l’agent**

Aucun droit à reclassement

Reclassement après avis de **la Commission administrative paritaire** sur un emploi correspondant à son grade ou dans un autre cadre d'emplois s'il en est d'accord (par détachement ou intégration directe)

Si refus ou en l’absence de réponse, après avis le cas échéant des futures **Commissions consultatives paritaires**, procédure de licenciement avec **indemnité** et droit aux allocations chômage sous réserve de remplir les conditions d’ouverture de droits

Si refus de l'agent, licenciement après avis de **la Commission administrative paritaire**, avec possibilité de réinscription sur la liste d'aptitude

Si reclassement impossible, après avis de la **Commission administrative paritaire**, maintien en surnombre pendant un an dans la collectivité puis en l'absence d'emploi vacant prise en charge par le CDG (ou le CNFPT) moyennant une **contribution financière**

**La modification de la durée hebdomadaire de travail d’un poste à temps non complet**

**Situation n°1 : modification de la durée hebdomadaire de travail n’excédant pas 10% du nombre d’heures afférent au poste et ne privant pas l’agent de l’affiliation à la CNRACL (Pour mémoire : seuil d’affiliation = 28h)**

- Délibération modifiant la durée hebdomadaire du poste

- Arrêté ou avenant au contrat modifiant la durée hebdomadaire

L’agent ne peut refuser.

**Situation n°2 : modification de la durée hebdomadaire de travail excédant 10% du nombre d’heures afférent au poste ou modification de la durée hebdomadaire du poste privant l’agent de l’affiliation à la CNRACL (Pour mémoire : seuil d’affiliation = 28h) – Cela équivaut à créer un nouveau poste et à supprimer l’ancien poste**

- Délibération créant le nouveau poste et supprimant l’ancien poste après avis du Comité technique

- Déclaration de création d’emplois auprès du CDG41

- Si l’agent accepte : arrêté ou contrat nommant l’agent sur le nouveau poste

- Si l’agent refuse (cf. Sort de l’agent en cas de suppression d’emploi) :

☞ Si l’agent est intégré dans un cadre d’emplois (temps de travail ≥ 17,5/35e) : recherche d’un autre emploi. A défaut, mise en surnombre pendant un an après avis de la CAP, puis prise en charge par le CDG41.

☞ Si l’agent n’est pas intégré dans un cadre d’emplois (temps de travail < 17,5/35e) : licenciement avec indemnité

**A noter : Penser à mettre à jour le tableau des effectifs de la collectivité**

**Pièces à fournir :**

Joindre pour chaque agent concerné :

- Le nouvel emploi du temps hebdomadaire validé par l’agent faisant (semaine scolaire et le cas échéant ménage vacances)

- La nouvelle fiche de calcul de l’annualisation validée par l’agent (calculateur disponible sur notre site dans la rubrique rémunération)

***Saisine pour la modification de la durée hebdomadaire des postes* :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Grade précis** | Titulaire  **T**Stagiaire **S**Contractuel **C** | **Ancien temps de travail hebdomadaire** | **Nouveau temps de travail hebdomadaire** | **Variation du temps de travail (%)** | **(Le cas échéant) nouvelles missions** | **A compter du** | **Accord écrit de l'agent****OUI / NON****(joindre obligatoirement le planning signé par l’agent)** | **Observations** |
|  |  | H | H |  |  |  |  |  |
|  |  | H | H |  |  |  |  |  |
|  |  | H | H |  |  |  |  |  |
|  |  | H | H |  |  |  |  |  |

***Saisine pour la suppression des postes* :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Contractuels***Grade* | **Durée hebdomadaire du poste** | Durée du contratDu ………Au……… | Observations |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Statutaires**(Stagiaire ou titulaire)*Grade* | **Durée hebdomadaire****du poste** | Date d’effet de la suppression | Situation de l’agent  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Fait à ........................................…, le……………………..**

***Signature de l’autorité territoriale***

**TOUT DOSSIER INCOMPLET OU REÇU APRES LA DATE LIMITE**

**SERA REPORTÉ Á L’ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE SUIVANTE**

**(Cachet de La Poste faisant foi)**