

Fiche de proposition à la titularisation

FICHE D'ÉVALUATION DANS LE CORPS DES :

CONCOURS⁽¹⁾ : Interne - Externe - Unique - Réservé

SESSION :

Date de début de stage:

Mme / M. –

NOM PATRONYMIQUE.....

NOM D'USAGE :

PRENOMS :

ACADEMIE / ETABLISSEMENT :

ETABLISSEMENT D'AFFECTATION*:

* Pour les médecins de l'éducation nationale et les CTSSAE, merci d'indiquer le département d'exercice.

I – QUOTITÉ DE SERVICE ET CONGÉ DURANT LA PÉRIODE DE STAGE (2) (3) :

Exercice à temps complet

Exercice à temps partiel __Préciser la quotité : % et les périodes : du ___ au

L'agent a-t-il bénéficié d'un ou plusieurs congé(s) maladie, maternité, sans traitement ?

oui non

Ces congés ont-ils excédé 36 jours ? oui non

(1) Cocher la case correspondante

(2) Joindre impérativement la **fiche individuelle de synthèse actualisée pour ATSS**

(3) Joindre l'arrêté de temps partiel et un état des congés pour **BIB/ITRF/PTP**

II – APPRECIATIONS SUR LE DEROULEMENT DE L'ANNEE DE STAGE

1.1- FONCTIONS EXERCEES :

1.2- MESURES D'ACCOMPAGNEMENT

1.3- CAPACITE PROFESSIONNELLE ⁽¹⁾ :

- à se positionner : excellente bonne moyenne insuffisante
- à analyser et traiter une situation : excellente bonne moyenne insuffisante
- à communiquer et travailler en équipe : excellente bonne moyenne insuffisante
- à la synthèse, à la gestion du temps : excellente bonne moyenne insuffisante sans objet

Observations :

1.4- BILAN DETAILLE DE L'ANNEE DE STAGE :

DATE ET SIGNATURE DU SUPERIEUR
HIERARCHIQUE* *

DATE ET SIGNATURE DE L'AGENT

OBSERVATIONS DE L'AGENT

AVIS DE L'AUTORITE HIERARCHIQUE COMPETENTE :

- RECTEUR DE L'ACADÉMIE
- PRESIDENT DE L'UNIVERSITÉ
- DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT D'AFFECTION

TITULARISATION <input type="checkbox"/>	Joindre impérativement la fiche de poste
RENOUVELLEMENT DE STAGE <input type="checkbox"/>	Joindre impérativement : - la fiche de poste, un rapport complémentaire motivé, - l'avis de la commission de titularisation (BOE, PACTE), - l'avis de la CPE et l'organigramme pour les agents affectés dans l'enseignement supérieur.
DEFAVORABLE A LA TITULARISATION <input type="checkbox"/>	

DATE ET SIGNATURE DE L'AUTORITE HIERARCHIQUE

** Pour les médecins de l'éducation nationale (MEN CT de la DSDEN)