

## SERVICE DES EMPLOIS INTERCOMMUNAUX

### AUTORISATION PRELABLE A LA FORMATION

Attention l'inscription sera définitivement validée après réception du présent document visé par les maires ou présidents concernés par l'absence de l'agent.

A retourner au Centre de Gestion par courriel à l'adresse suivante : [e.thibaut@cdg55.fr](mailto:e.thibaut@cdg55.fr)

NOM PRENOM DE L'AGENT : .....

GRADE : .....

FORMATION SOUHAITEE : .....

ORGANISME : .....

DATES FORMATION : .....

### AVIS DES COLLECTIVITES\*

\* uniquement celles concernées par l'absence de l'agent

COMMUNE ou ETABLISSEMENT PUBLIC	MAIRE ou PRESIDENT	Avis Favorable*	Signature et Cachet
		OUI / NON	

Fait à..... le.....

SIGNATURE DE L'AGENT	CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION
	Avis du Centre de Gestion <input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable Le Directeur,  Jean-Baptiste LEONARD.