**ANNEXE C2**

## Fiche individuelle de proposition

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Proposition d’inscription  | à la liste d’aptitude au corps de : |  |
| au tableau d’avancement au grade de : |  |

ACADEMIE :

ETABLISSEMENT :

|  |  |
| --- | --- |
| Rang de classement dans l’ordre des propositions | ………/……. |

**Nom d’usage :**

Nom de famille  :

**Prénom :**

Date de naissance :

Situation administrative (1) :

|  |  |
| --- | --- |
| Branche d’activité professionnelle (BAP) / Domaine d’activité (2) : |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Liste d’aptitude** | **tableau d’avancement** |
|  | Situation au  | Ancienneté cumulée au (3)1er janvier 2025 | Ancienneté cumulée au 31 décembre 2025 (4) |
| Services publics |  |  |  |
| Catégorie |  |  |  |
| Corps |  |  |  |
| Grade |  |  |  |
| Echelon |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| date de nomination et modalités d’accès (5) | dans le corps actuel :......../…..…/………🗖 LA (année : ) 🗖 Concours🗖 Intégration | dans le grade actuel :......../…..…/………🗖 TA au choix (année ......) 🗖 Concours Externe 🗖 Liste d’aptitude🗖 TA EX PRO 🗖 Concours Interne🗖 Intégration |

1. préciser activité, congé parental, CLM (congé longue maladie), CLD (congé longue durée), MTT (mi-temps thérapeutique).
2. corps d’accueil (pour les ITRF) ou domaine d’activité (sport ou jeunesse) pour les CTPS
3. liste d’aptitude : l’ancienneté s’apprécie uniquement au 1er janvier de l’année à l’exception des listes d’aptitude des PTP qui s’apprécie au 1er septembre de l’année.
4. tableau d’avancement : l’ancienneté s’apprécie entre le 1er janvier et le 31 décembre de l’année.
5. cocher la case

|  |
| --- |
| **Emplois successifs depuis la nomination dans un service ou un établissement relevant de l’éducation nationale, de l’enseignement supérieur ou de la jeunesse et des sports** |
| Fonctions | Etablissement – unité - service | Durée |
|  |  | DU | AU |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Etat des services** |
| corps - catégories | Positions | Durée | ancienneté totale |
|  |  | du | au |  |
|  |  |  |  |  |
| **Total général** |  |

|  |
| --- |
| Signature du Recteur (après vérification du service gestionnaire du bureau des personnels ATSS du rectorat. A retourner non signé) : Date : |