COMPTE RENDU DE L’ENTRETIEN PROFESSIONNEL

LOGO

COLLECTIVITE

***(Année)***

|  |
| --- |
| Ce document doit être remis à l’agent au moins huit jours avant la date de l’entretien accompagné de sa convocation et de sa fiche de poste. Il doit être ensuite établi par le supérieur hiérarchique direct |

**Nom de la collectivité** : ………………………………………………………………………………………………..

**Date de l’entretien** **professionnel** : …… / …… / ……

|  |
| --- |
| **Identification de l’agent évalué**Nom et Prénom : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Catégorie : A / B / C Groupe hiérarchique : ………………….. Statut :………………………………………………………..Grade et échelon :……….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Service : ……..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...Fonctions (poste occupé) : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….Date d’entrée dans le poste : .…………………………………………………………………………………………………………………………………………….Temps de travail : **** TC **** TNC : …../35ème **** Temps partiel (quotité : ………..%) |

|  |
| --- |
| **Identification de l’évaluateur (supérieur hiérarchique direct)**Nom et Prénom : ……………….……………………..………………………………………………………………………………………………………………………Fonctions : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **1/ - Bilan de l’année écoulée** |

* 1. **Résultats professionnels obtenus au vu des objectifs assignés**

|  |
| --- |
| **Faits marquants de l’année** (modifications du fonctionnement et/ou de l’organisation du service, de la fiche de poste…) |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rappel des objectifs fixés** | **Bilan de l’évaluateur** | **Observations** |
| **Objectif(s) :** | Préciser, pour chaque objectif, s’il est atteint totalement, majoritairement, partiellement, insuffisamment, non atteint ou devenu sans objet |  |

* 1. **Evaluation de la valeur professionnelle de l’agent** *(les critères sont fixés après avis du comité technique et portent sur les thèmes indiqués ci-dessous en grisé)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CRITERES** | **TS** | **S** | **EA** | **AA** | **SO** | **COMMENTAIRES** |
| Résultats professionnels obtenus par l’agent et réalisation des objectifs |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Compétences professionnelles et techniques |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Qualités relationnelles |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Capacité d’encadrement ou d’expertise (ou, le cas échéant, à exercer des fonctions d’un niveau supérieur) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

 **TS** = Très satisfaisant **S** = Satisfaisant **EA** = En voie d’acquisition (progrès en cours) **AA** = A améliorer **SO** = Sans objet

* 1. **Acquis de l’expérience professionnelle sur l’année écoulée**

|  |
| --- |
| **Formations suivies (hors CPF), nouvelles fonctions…** |
|  |

* 1. **Information de l’agent sur l’ouverture et l’utilisation de ses droits afférents au compte personnel de formation**

|  |
| --- |
| **Nombre d’heures utilisées au cours de l’année écoulée (indiquer, le cas échéant, la ou les formation(s) suivie(s)), …** |
|  |

|  |
| --- |
| **2/ - Evolution pour l’année à venir** |

**2-1) Détermination des objectifs pour l’année à venir**

|  |
| --- |
| **Evolution prévisible en matière d’organisation et de fonctionnement du service** (et le cas échéant, impact sur la fiche de poste de l’agent) |
|  |
| **Objectifs et perspectives d’amélioration des résultats professionnels pour l’agent** |
|  |

**2-2) Formations demandées pour l’année à venir**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Formations demandées** | **Par l’agent** | **Par le supérieur** | **Attentes et objectifs** | **Ordre de priorité** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**2-3) Perspectives d’évolution professionnelle en termes de carrière et de mobilité**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Evolutions souhaitées par l’agent** | **Avis de l’évaluateur** |
| Evolution des fonctions souhaitées dans le poste actuel |  |  |
| Evolution de carrière(avancement, promotion interne, concours) |  |  |
| Projet éventuel de mobilité interne ou externe |  |  |

|  |
| --- |
| **3/ - Autres points abordés au cours de l’entretien** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Par l’agent** | **Par le supérieur hiérarchique direct** |
|  |  |

|  |
| --- |
| **4/ - Appréciation générale exprimant la valeur professionnelle établie par le supérieur hiérarchique direct** (au vu de critères portant notamment sur les résultats professionnels obtenus et la réalisation des objectifs, sur les compétences professionnelles et techniques, sur les qualités relationnelles, sur la capacité d’encadrement ou d’expertise…) |

|  |
| --- |
|  |
| Établi le : …… / …… / ……  | Nom et Prénom du supérieur hiérarchique direct :Signature : |

|  |
| --- |
| **Notification à l’agent du compte-rendu** |
| Le soussigné déclare avoir pris connaissance :* de la totalité de son compte-rendu d'entretien professionnel ;
* de la possibilité :
	+ de demander à l’autorité territoriale la **révision de ce compte-rendu** dans un **délai de** **15 jours francs** suivant la présente notification ;
	+ d’exercer contre ce compte-rendu un **recours gracieux** dans un **délai de** **2 mois** à compter de la présente notification ;
	+ de déposer un **recours pour excès de pouvoir** contre ce compte-rendu devant le Tribunal Administratif de Poitiers dans un **délai de 2 mois** à compter de la présente notification.

 Le recours devant cette juridiction est également possible dans un délai de 2 mois à compter de la réponse -ou de la décision implicite de rejet- au recours gracieux. |
| Le …… /…… / …… | Nom et Prénom de l’agent :Signature : |
| Observations éventuelles de l’agent : |

|  |
| --- |
| **Visa de l’autorité territoriale** |
| Le …… / …… / ……  | Nom et Prénom de l’autorité territoriale :Signature : |
| Observations éventuelles de l’autorité territoriale : |

 ***(Partie à retourner au Centre de Gestion avec les pages 1 à 4***

***uniquement en cas de demande de révision par l’agent)***

|  |
| --- |
| **Demande de révision par l’agent du compte-rendu auprès de l’autorité territoriale** |
| Motifs : |
| Le …… / …… / ……  | Nom et Prénom de l’agent :Signature : |

|  |
| --- |
| **Réponse de l’autorité territoriale** |
| Réponse : |
| Le …… / …… / ……  | Nom et Prénom de l’autorité territoriale :Signature : |
| Notification à l’agentEn cas de contestation, vous disposez d’un **délai de 2 mois** à compter de la présente notification pour exercer :* un **recours gracieux** auprès de l’autorité territoriale ;
* ou un **recours pour excès de pouvoir** devant le Tribunal Administratif de Poitiers.

Le recours devant cette juridiction est également possible dans un délai de 2 mois à compter de la réponse -ou de la décision implicite de rejet- au recours gracieux. |
| Le …… / …… / ……  | Nom et Prénom de l’agent :Signature : |

|  |
| --- |
| **Demande de révision du compte-rendu auprès de la Commission Administrative Paritaire****(uniquement après demande de révision auprès de l’autorité territoriale et de sa réponse)** |
| Objet de la demande : |
| Le …… / …… / ……  | Nom et Prénom de l’agent :Signature : |

|  |
| --- |
| **Avis de la Commission Administrative Paritaire** |
| Observations : |
| Examiné en séance du : | Visa de la CAP : |

|  |
| --- |
| **Réponse de l’autorité territoriale** |
| Elément(s) révisé(s) du compte-rendu d’entretien : |
| Le …… / …… / ……  | Nom et Prénom de l’autorité territoriale :Signature : |

|  |
| --- |
| **Notification à l’agent du compte-rendu d’entretien définitif** |
| En cas de contestation, vous disposez d’un **délai de 2 mois** à compter de la présente notification pour exercer :* un **recours gracieux** auprès de l’autorité territoriale ;
* ou un **recours pour excès de pouvoir** devant le Tribunal Administratif de Poitiers.

Le recours devant cette juridiction est également possible dans un délai de 2 mois à compter de la réponse -ou de la décision implicite de rejet- au recours gracieux. |
| Le …… / …… / ……  | Nom et Prénom de l’agent :Signature : |