



# DEMANDE DE MISSIONS TEMPORAIRES

CENTRE DE GESTION DE LA  
FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE

Village des Collectivités Territoriales  
1 avenue de Tizé - CS 13600 - 35236 THORIGNÉ-FOUILLARD CEDEX

Envoi par courriel à [missions.temporaires@cdg35.fr](mailto:missions.temporaires@cdg35.fr)  
Service Mobilité-Emploi-Compétences

Téléphone 02 99 23 31 00 - Télécopie 02 99 23 38 00 - [www.cdg35.fr](http://www.cdg35.fr) - E-mail : [contact@cdg35.fr](mailto:contact@cdg35.fr)

■ **COLLECTIVITÉ:** .....

Personne à contacter : ..... Qualité : .....

Ligne directe : ..... Courriel : .....

■ **PÉRIODE** du..... au.....

Nombre de jours de doublon souhaité (compris dans la période).....

■ **MOTIF DE LA DEMANDE**

Renfort  Congé annuel  congé maternité / parental / paternité   
Attente de recrutement  Congé maladie  congé formation  Disponibilité

■ **PROFIL DE POSTE**

**Administratif** Emploi (ex : Secrétaire de mairie, comptable) : .....

Accueil  Comptabilité / Finances  Elections   
Etat civil  Marchés publics  Gestion de projet /dossiers   
Urbanisme  Gestion du personnel  Gestion des instances   
Action sociale  Secrétariat  Direction de(s) service(s)

**Technique / enfance / jeunesse / animation / culture** Emploi : .....

Agent d'entretien des espaces verts  Cuisinier ou aide-cuisinier  Informaticien   
Agent de maintenance des bâtiments  Agent périscolaire  Communication   
Agent de voirie  animateur de loisirs  Agent de bibliothèque   
Agent d'entretien des locaux  ATSEM  Responsable de médiathèque

Autres métiers (ou précisions).....

Compétences spécifiques (logiciels, permis, etc...) : .....

Effectif du personnel travaillant avec l'agent remplaçant : .....

■ **NATURE DE LA PRESTATION**

Mission d'activité courante  Mission de gestion spécifique   
Mission d'activité spécialisée  Mission de technicité ou d'encadrement   
Mission de gestion courante  Mission d'expertise ou de direction

Avez-vous récemment accueilli un stagiaire en partenariat avec le CDG 35 permettant un aménagement tarifaire ?  
Oui  Non

■ **TEMPS DE TRAVAIL PAR SEMAINE** ...../35ème

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Matin						
Après-midi						

■ **CONDITIONS DE TRAVAIL**

Poste soumis à obligation vaccinale Oui  Non   
Télétravail Oui  Non

**Remarques – Précisions** (ex : aménagements possibles avec d'autres communes ou autres horaires, ouvertures au public impératives...) :

.....  
.....

Fait à ..... Le .....

Signature de l'autorité