



## Comité Social territorial

Fiche de renseignements à retourner complétée au Centre de Gestion pour saisine du C.S.T,  
au plus tard 2 semaines avant la date de la séance par mail impérativement à :

r.leon@cdg48.fr

PIECES A JOINDRE :-PROJET DE DELIBERATION

## DEMANDE D'AVIS SUR :

Nouvelle convention de participation à la protection sociale complémentaire pour le risque prévoyance à partir  
du 1<sup>er</sup> janvier 2026 dans le cadre de l'adhésion à l'accord collectif local du 30 avril 2025.

Nom de la collectivité : .....

## Coordonnées de la personne en charge du dossier (OBLIGATOIRE)

Nom : .....

Téléphone : .....

Mail : .....

## Participation actuelle de la collectivité ou de l'établissement

( cocher les cases correspondantes)

Type de risque	Adhésion à un contrat	Montant par agent/mois
Prevoyance	<input type="checkbox"/> Labellisation <input type="checkbox"/> Convention de participation du CDG <input type="checkbox"/> Autre contrat <input type="checkbox"/> Aucune adhésion	Montant identique : .....€ ou ..... % Modulation par catégorie : A :.....€ ou ..... % B :.....€ ou ..... % C :.....€ ou ..... %

## Modalité de participation (en conformité avec les nouvelles obligations)

( cocher les cases correspondantes)

**Rappel :** Une participation de l'employeur équivalente à 50 % de la cotisation de l'offre de base par agent et par mois est obligatoire. La collectivité peut délibérer dans un sens plus favorable .

Type de risque	Adhésion à l'accord collectif et à la convention de participation du CDG	Montant par agent/mois/ en pourcentage ( ! minimum 50 % de la cotisation de l'offre de base !)	Nature de l'offre sur laquelle s'applique la participation	Participation à la garantie optionnelle rente éducation
Prévoyance	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Montant :..... %	<input type="checkbox"/> Garanties de base <input type="checkbox"/> Garanties choisies par l'agent	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Date d'effet envisagée pour cette modification :

à compter du : 01/01/2026

Fait à....., le.....

Le Maire\* ou le Président\* \* rayer la mention inutile

Nom et prénom :.....

Cachet et signature

**AVIS DU COMITE SOCIAL TERRITORIAL**

Cadre réservé au Centre de gestion

DATE DE LA SEANCE :

Collège des employeurs		Collège des représentants du personnel	
<input type="checkbox"/> AVIS FAVORABLE	<input type="checkbox"/> AVIS DEFAVORABLE	<input type="checkbox"/> AVIS FAVORABLE	<input type="checkbox"/> AVIS DEFAVORABLE
_____ _____		_____ _____	

Signature du Président du C.S.T