**Grille d’entretien permettant de déterminer l’éligibilité de l’agent au télétravail**

*(à remplir par le responsable et l’agent au cours de l’entretien)*

**PRENOM, NOM DU COLLABORATEUR :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Mes missions** | **OUI** | **NON** |
| Mes responsabilités et mes missions me permettent d’effectuer une partie de mes activités en dehors de mon site de travail |  |  |
| Ma présence physique quotidienne sur site n’est pas indispensable à la réalisation de mes missions |  |  |
| Mes réunions et contacts professionnels indispensables peuvent se gérer par des moyens de communication à distance ou peuvent être concentrés sur mes journées de travail sur site |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Mes motivations pour le télétravail** | **OUI** | **NON** |
| Je souhaite mieux concilier mes temps de vie personnelle et professionnelle |  |  |
| Je souhaite bénéficier de plus d’autonomie dans l’organisation de ma journée de travail |  |  |
| Une partie de mes missions demande une concentration qui sera favorisée par un environnement de travail isolé |  |  |
| Autres : | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Mon aptitude au télétravail** | **OUI** | **NON** |
| Je sais travailler seul chez moi de manière aussi efficace que sur mon site de travail |  |  |
| Je suis autonome et sais prendre des initiatives |  |  |
| Je suis disponible et réactif |  |  |
| Je respecte les délais qui me sont demandés |  |  |
| Je suis organisé, je sais planifier et hiérarchiser mes tâches |  |  |
| Je suis conscient que mon organisation entre jours travaillés et jours télétravaillés pourrait être modifiée en fonction des impératifs supérieurs du service, et je suis capable de m’y adapter facilement |  |  |
| Je ne crains pas l’isolement, en travaillant seul chez moi |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Mon aptitude au télétravail (suite)** | **OUI** | **NON** |
| Je pense être capable de maintenir de bonnes relations professionnelles avec mes collègues et mon supérieur même en situation de télétravail |  |  |
| Je suis capable d’effectuer efficacement mes tâches même avec un suivi direct limité de mon supérieur hiérarchique |  |  |
| Je suis à même de m’imposer des périodes de travail à domicile et de les respecter |  |  |
| Je rends régulièrement compte de l’avancement de mon travail à mon supérieur hiérarchique |  |  |
| J’arrive à gérer mon temps de travail de manière à fixer une frontière entre vie personnelle et vie professionnelle |  |  |
| Je maitrise les logiciels informatiques les plus couramment utilisés (bureautique, internet, messagerie…) |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Mon espace de télétravail** | **OUI** | **NON** |
| Je dispose d’un espace dédié au télétravail, au calme et isolé |  |  |
| Cet espace est assez spacieux pour y installer mon équipement de travail |  |  |
| Je dispose d’une connexion internet haut débit |  |  |
| Je dispose d’un ameublement adapté au travail |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ma situation personnelle (répondre seulement si concerné)** | **OUI** | **NON** |
| Je ne risque pas d’être dérangé quand je travaille chez moi |  |  |
| Les membres de ma famille respectent mon environnement de télétravail et acceptent que je travaille à domicile |  |  |
| Si j’ai des enfants en bas âge, je dispose d’un mode de garde me permettant de travailler en toute sérénité |  |  |

|  |
| --- |
| **Autres sujets d’échanges et commentaires** |
|  |

**Compte-rendu d’entretien pour le télétravail**

*(à remplir par l’agent* ***et*** *le responsable lors de l’entretien)*

**Jour(s) de télétravail retenu(s) (cochez minimum 1 jour, maximum 2 jours)** :

Lundi  Mardi  Mercredi  Jeudi

**A compter du :** ……………………………………………………………………………………………………………………………..

**Missions retenues par l’agent et le responsable** :

**Avis du chef de service :**  Favorable  Défavorable

Observations :

A , le …../…../………..

Signature du chef de service :

**Avis de la direction :**  Favorable  Défavorable

Observations :

A , le …../…../………..

Signature de la direction :