|  |  |
| --- | --- |
| **Carnet de bord de :** | **Période :** |
| **Description des activités****en télétravail exceptionnel** | *N’hésitez pas à préciser : le temps nécessaire pour les réaliser, leur fréquence, les personnes impliquées, les attendus et objectifs fixés, etc.*---  |
| Contraintes pour réaliser les activités en télétravail  | *Ex : difficultés techniques, lieux inadaptés, problématiques d’articulation des temps, etc.*- -- |
| Ressources pour réaliser les activités en télétravail  | *Ex : bonne connectivité, outils informatiques efficaces, soutien des collègues, etc.*--- |

**Votre perception des effets du télétravail exceptionnel sur votre activité**

|  |  |
| --- | --- |
| **Effets positifs** | **Effets négatifs** |
| ---- | ---- |

**Vos suggestions d’amélioration du télétravail exceptionnel**

|  |
| --- |
| **À mettre en œuvre au sein de l’équipe :** **-** **-****-****À appliquer à toute l’entreprise :****-****-****-** |