|  |  |
| --- | --- |
| **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 :**  **-**  **-**  **-** |