



MINISTÈRE DE LA JUSTICE

*Liberté
Égalité
Fraternité*

ANNEXE 1 Formulaire de demande de télétravail et d'autorisation

Demande de l'agent

Identité de l'agent

Nom : Nom d'usage :
Prénom :
Adresse du domicile personnel :
.....
 Fonctionnaire Contractuel Magistrat
Corps et grade :
Temps de travail (100%, 90%, 80%...) :

Affectation administrative

Service/ juridiction d'affectation :
Fonction occupée :
Adresse du lieu d'activité :
.....
Date de prise de poste :

Télétravail au domicile :

Télétravail dans un autre lieu privé :

(Préciser l'adresse) :
.....

Télétravail dans un lieu à usage professionnel :

(Préciser l'adresse) :
.....

S'il s'agit d'un lieu du ministère de la justice :

(Préciser l'adresse) :
.....

Autorisation de l'administration ou du service qui accueille télétravailleur à cette adresse :

Date : Autorisation délivrée par :
(Prénom, nom, fonction et signature de l'autorité) :

Activités télétravaillables sollicitées par l'agent

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Modalités du télétravail envisagées par l'agent demandeur :

Régulier : <input type="checkbox"/>	Ponctuel : <input type="checkbox"/>	Régulier avec jours flottants : <input type="checkbox"/>	Ponctuels avec jours flottants : <input type="checkbox"/>	Jours flottants : <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	-------------------------------------	--	---	--

Modalités particulières

Situation exceptionnelle : <input type="checkbox"/>	Situation liée à la santé de l'agent ou au handicap ou à un état de grossesse : <input type="checkbox"/>
---	--

Date de début souhaitée :

Plages horaires où l'agent peut être joint :

Matin : de ...h... à ...h...

Pause méridienne (45 min minimum) : de ...h... à ...h...

Après-midi : de ...h... à ...h...

En cas de télétravail régulier ou ponctuel à jour (s) fixe (s)

Fréquence du télétravail :

Nombre de demi-journées (dans la limite de six par semaine ou 24 par mois) :

- Lundi matin après-midi
- Mardi matin après-midi
- Mercredi matin après-midi
- Jeudi matin après-midi
- Vendredi matin après-midi

En cas de télétravail avec recours au jours flottants : indiquer les dates souhaitées et le nombre total de jours en télétravail (dans la limite de trois jours ou six demi-journées par semaine ou 12 jours ou 24 demi-journées par mois) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Prescription du médecin de prévention

Le télétravail est-il préconisé par le médecin de prévention / travail ? Oui Non

Si oui :

Date de l'avis :

Nombre de jours prescrits :

Durée de la prescription prévue :

Equipement

Je dispose déjà d'un ordinateur portable fourni par l'administration	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Je dispose déjà d'un téléphone mobile fourni par l'administration	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Pièces à joindre à la demande

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Avis du médecin de prévention / travail, s'il s'agit d'une demande de télétravail sur prescription médicale |
| <input type="checkbox"/> Attestation sur l'honneur de conformité à l'exercice du télétravail |

Fait à....., le.....

Signature de l'agent :

Décision du supérieur hiérarchique direct

Identité du supérieur hiérarchique direct

Nom : _____ Prénom : _____
Fonction : _____
Service/ juridiction d'affectation : _____

Avis du supérieur hiérarchique direct

Date de l'entretien avec l'agent :

Avis favorable

Avis défavorable (cet avis doit être motivé) :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Rappel des horaires du service à respecter en télétravail :

Matin : deh.....àh

Après-midi : deh.....àh

Fait à....., le.....

Signature du supérieur hiérarchique direct :

Notification de la décision à l'agent

Pris connaissance, le.....

Signature de l'agent :