

Mairie de Combs-la-Ville  
Esplanade Charles de Gaulle  
B.P. 116 - 77 385 Combs-la-Ville Cedex  
Tél. : 01 64 13 16 00  
Fax : 01 60 18 06 15

ANNEXE 1

**CONVENTION DE MISE EN TELETRAVAIL**

**Entre le (N+1)**.....

Et

**Le (la) télétravailleur (se), M. ou Mme** .....

Fonction .....

Direction .....

Service .....

Vu les modalités de mise en œuvre du télétravail au sein de la Commune de Combs-la-Ville précisées par délibération du Conseil Municipal en date du

Vu la demande de télétravail de M. ou Mme.....en date du.....

**IL A ETE CONVENU CE QUI SUIT :**

**Article 1 : ENGAGEMENT**

La convention de mise en télétravail est acceptée d'un commun accord entre les signataires, ce mode d'organisation du travail étant conforme à l'intérêt du service.

Sauf empêchement constaté, elle débute le.....

Les droits et obligations définis par le statut de la fonction publique territoriale conservent toute leur application dans le cadre du télétravail.

Le (la) télétravailleur (se) conserve le même régime de rémunération.

L'employeur doit respecter la vie privée du (de la) télétravailleur (se).

L'accord porte sur la réalisation des activités du poste exécutées à domicile, sur les applications utilisées et les objectifs précisés en annexe de la présente convention.

**Article 2 : DUREE**

L'accord est passé pour une durée de....., avec une période d'adaptation de 3 mois. Il sera revu dans le cadre de l'évaluation.

L'autorisation peut être renouvelée par décision expresse, après entretien avec le supérieur hiérarchique et sur avis de ce dernier.

En cas de changement de fonctions, l'agent devra présenter une nouvelle demande.

La présente autorisation peut être révisée ou annulée pendant la période d'adaptation, moyennant un délai de prévenance d'un mois.

### **Article 3 : REVERSIBILITE**

Si une incompatibilité manifeste est constatée entre la situation de télétravail et la réalisation des missions et des objectifs définis préalablement, la situation de télétravail peut prendre fin avant terme, sur la base d'un rapport établi par le supérieur hiérarchique.

Ainsi, il peut être mis fin à tout moment à la situation de télétravail avant l'échéance fixée, à l'initiative de l'agent ou de son responsable (dans l'intérêt du service) moyennant un délai de prévenance de deux mois pour un retour à la situation antérieure de travail.

Dans le cas où il est mis fin à l'autorisation de télétravail, à l'initiative de l'administration, le délai de prévenance peut être réduit en cas de nécessité de service dûment motivé.

### **Article 4 : ORGANISATION ET MODALITES**

**M. ou Mme**..... télétravaillera un jour par semaine.

La journée télétravaillée est fixée entre les parties le :

- Lundi                       Mardi  
 Jeudi                         Vendredi

Des adaptations pourront être proposées par le (la) télétravailleur (se) ou son responsable en cas de nécessités de service.

Dans le cadre de modification ponctuelle, sur demande du responsable hiérarchique, un mail sera adressé au télétravailleur avec copie au directeur et à la direction des ressources humaines pour justifier d'un emploi du temps différent et permettre la couverture des risques de dommage ou accident.

En cas d'impossibilité de déterminer un autre jour de la même semaine, il ne sera pas possible de reporter au-delà de la semaine en cours, la journée télétravaillée.

En cas de déménagement, le (la) télétravailleur (se) s'engage à en informer sa hiérarchie dans les meilleurs délais.

L'agent certifie qu'il peut exercer son travail d'une manière répétée et continue à son domicile, et que ce télétravail n'entraîne pas de modification allant au-delà d'un simple aménagement.

L'agent ne reçoit pas de public sur son lieu de télétravail et n'effectuera pas de déplacements le jour où il télétravaille pendant ses horaires habituels.

Les plages horaires pendant lesquelles le responsable, les collègues, les partenaires peuvent joindre l'agent sur son téléphone ou par messagerie, sont fixées d'un commun accord comme suit :

**Le matin de** ..... h..... à ..... h.....

**L'après-midi de** ..... h..... à ..... h.....

**Téléphone fixe** :.....

**Téléphone portable** :.....

**Adresse mail professionnelle** :.....

L'organisation du temps de travail tient compte du cadre légal et réglementaire. La journée de travail est donc fixée à ..... heures.

Aucune heure supplémentaire ne sera comptabilisée. Les durées de travail journalière et hebdomadaire et les congés de l'agent sont identiques à ceux définis pour l'ensemble des agents et figurant dans le Règlement intérieur de la Commune de Combs-la-Ville.

Seul un accord, entre le responsable hiérarchique et l'agent, validé par le directeur et la direction des ressources humaines, pourra modifier de façon durable les jours télétravaillés initialement prévus. Un avenant à cette convention sera alors établi.

#### **Article 5 : L'ENTRETIEN ANNUEL D'EVALUATION DE L'AGENT**

Le (la) télétravailleur (se) est évalué(e) selon les mêmes modalités que les agents en poste dans les locaux de la Commune de Combs-la-Ville.

Les entretiens annuels d'évaluation ont lieu physiquement dans les locaux de la Commune de Combs-la-Ville.

#### **Article 6 : MISE A DISPOSITION DE MATERIEL**

Le télétravail étant mis en place à la demande de l'agent, ce dernier pourra utiliser son matériel professionnel (ordinateur, téléphone) ou solliciter un prêt auprès de la direction du service informatique. La journée de télétravail pourra être annulée en cas d'indisponibilité du matériel.

Le (la) télétravailleur (se) doit s'assurer de disposer d'une liaison à haut débit.

#### **Article 7 : CONFIDENTIALITE ET PROTECTION DES DONNEES**

Le (la) télétravailleur (se) est soumis(e) aux mêmes obligations de discrétion professionnelle que l'ensemble des agents de la Commune de Combs-la-Ville.

Le traitement des données et le maintien de leur intégrité sont réalisés dans un cadre sécurisé : utilisation d'un mot de passe, sauvegarde quotidienne. L'agent s'engage à respecter la confidentialité des informations obtenues ou recueillies dans le cadre de son travail et à ne pas les utiliser à des fins personnelles, ni à les divulguer.

#### **Article 8 : L'HYGIENE, SANTE ET SECURITE AU TRAVAIL**

L'agent bénéficie des dispositions légales relatives à la santé, l'hygiène et la sécurité au travail. L'agent s'assure de la conformité des installations, notamment électriques. Une attestation sur l'honneur du (de la) télétravailleur (se), quant à cette conformité, sera exigée avant la date de mise en œuvre du télétravail.

##### Accident de travail, de service ou de trajet :

En cas d'accident survenu durant les jours et heures de travail à domicile prévus dans le protocole, le lien professionnel est a priori présumé. Le (la) télétravailleur (se) s'engage à apporter la preuve de l'imputabilité à son activité professionnelle.

Les accidents domestiques ne sont pas imputables au service.

L'agent doit suivre la procédure en vigueur, et doit impérativement avertir sa hiérarchie (par téléphone ou par mail). Puis, après avoir consulté son médecin, qui établit un certificat médical initial, il doit l'adresser dans un délai maximum de 48 heures, conformément à la réglementation en vigueur.

### **Article 9 : L'ASSURANCE**

Le (la) télétravailleur (se) déclare à son assurance habitation l'exercice de ses fonctions à domicile.

Une attestation sur l'honneur du (de la) télétravailleur (se) sera exigée, justifiant d'une assurance multirisque habitation et responsabilité civile pour son domicile, avant la date de mise en œuvre du télétravail.

### **Article 10 : SUIVI DU CONTRAT D'ENGAGEMENT**

Le (la) télétravailleur (se) informe son supérieur hiérarchique sans délai de tout changement qui viendrait modifier les conditions de travail (déménagement,...).

Des points d'étape sont organisés entre le (la) télétravailleur (se) et son responsable hiérarchique pour un bilan régulier de l'accomplissement du télétravail.

### **Article 11 : L'EVALUATION DU DISPOSITIF**

Une évaluation du dispositif sera menée au terme du parcours. Cette évaluation est menée par l'agent et son supérieur hiérarchique à l'aide d'une fiche d'évaluation à compléter par les deux parties.

**Fait à** .....

**le**.....

**Le supérieur hiérarchique**

**Le (la) télétravailleur (se)**

NOM : .....

NOM : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

**Signature :**

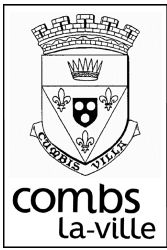
**Signature :**

**Pour le Maire et par délégation,**

**La Directrice Générale des Services**

Madame Christine CLEDASSOU-GOUSSARD

**Signature :**



Mairie de Combs-la-Ville  
Esplanade Charles de Gaulle  
B.P. 116 - 77 385 Combs-la-Ville Cedex  
Tél. : 01 64 13 16 00  
Fax : 01 60 18 06 15

ANNEXE 1 BIS

**ANNEXE A LA CONVENTION DE MISE EN TELETRAVAIL**

**NOM - Prénom :** .....

**Fonctions exercées :** .....

**Direction / Service :** .....

**Liste des activités pouvant être réalisées dans le cadre du télétravail :**

⇒

⇒

⇒

⇒

**Liste des applications / logiciels utilisés à distance**

⇒

⇒

⇒

**Objectifs du télétravail**

⇒

⇒

**Fait à** .....

**le** .....

**Le supérieur hiérarchique**

**Le (la) télétravailleur (se)**

NOM : .....

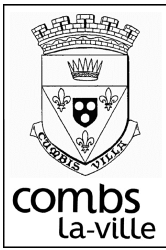
NOM : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

**Signature :**

**Signature :**



Mairie de Combs-la-Ville  
Esplanade Charles de Gaulle  
B.P. 116 - 77 385 Combs-la-Ville Cedex  
Tél. : 01 64 13 16 00  
Fax : 01 60 18 06 15

## DEMANDE DE TELETRAVAIL

*A renseigner puis à transmettre, par la voie hiérarchique, à la Direction des Ressources Humaines*

### A REMPLIR PAR L'AGENT DEMANDEUR

NOM et PRENOM : .....

Adresse personnelle : .....

.....

Direction / Service : .....

Emploi ou poste occupé (joindre la fiche de poste) : .....

Ancienneté sur ce poste : .....

Responsable hiérarchique direct (Nom et Prénom) : .....

### MOTIVATION DE LA DEMANDE

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

Points relatifs à ma situation personnelle que je souhaite indiquer (durée moyenne du trajet domicile/travail, contraintes diverses,...) :

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

Points relatifs à l'organisation du travail que je souhaite indiquer (nécessité de travail en retrait, besoin accru de concentration, situation particulière,...) que je souhaite indiquer :

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

Jour de télétravail souhaité :

Lundi     Mardi     Jeudi     Vendredi

**MA FONCTION :**

Mon poste et mes responsabilités me permettent d'exercer une partie de mes activités en dehors de mon lieu de travail habituel.

Quelles sont dans mes activités celles qui sont susceptibles d'être télétravaillées :

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

**MON APTITUDE AU TELETRAVAIL :**

Quelles sont les compétences dont je dispose pour exercer mes activités professionnelles en télétravail (autonomie, concentration, maîtrise de mon domaine d'activité, capacité d'organisation, maîtrise des nouvelles technologies de l'information,...) ?

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

**MODALITES**

**MES CONDITIONS DE TELETRAVAIL :**

Votre lieu de résidence bénéficie-t-il d'un accès internet ?       OUI       NON  
Disposez-vous chez vous d'un espace de travail ?       OUI       NON

**VOS OBSERVATIONS**

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

Fait à ..... le .....

**Signature de l'agent**

*(Indiquer la mention suivante « Je m'engage à rendre compte régulièrement des activités effectuées les jours télétravaillés »)*

**A REMPLIR PAR LE RESPONSABLE HIERARCHIQUE LORS DE L'ENTRETIEN PREALABLE A LA DECISION**

**ANALYSE DU POSTE DE TRAVAIL :**

Nombre d'agents dans l'équipe ou la structure : .....

Niveau de confidentialité des données : .....

Activités retenues pour le télétravail :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**EVALUATION DU PROFIL DE L'AGENT DEMANDEUR :**

COMPETENCES	OUI	NON	OBSERVATIONS
<b>Maîtrise de son domaine d'activité</b>			
<b>Autonomie</b>			
<b>Capacités d'organisation</b>			
<b>Capacités techniques</b>			
<b>Capacités d'expression orale et écrite</b>			

**L'agent et son responsable hiérarchique direct s'engagent à remplir une fiche d'évaluation du dispositif de télétravail à la fin de chaque année télétravaillée.**

**Ce rapport est indispensable pour le renouvellement annuel de l'autorisation de télétravail.**



**AVIS DU RESPONSABLE HIERARCHIQUE DIRECT :**

Nom, Prénom, fonction : .....

.....

FAVORABLE       DEFAVORABLE       RESERVE

Motivation : .....

.....

.....

.....

**AVIS DU DIRECTEUR DE SECTEUR :**

Nom, Prénom, fonction : .....

.....

FAVORABLE       DEFAVORABLE       RESERVE

Motivation : .....

.....

.....

.....

**AVIS DU DGS/DGAS/DST :**

Nom, Prénom, fonction : .....

.....

FAVORABLE       DEFAVORABLE       RESERVE

Motivation : .....

.....

.....

**A transmettre à la DRH pour instruction**

Réceptionné à la Direction des Ressources Humaines, le .....

**DECISION**

FAVORABLE       DEFAVORABLE

Motivation : .....

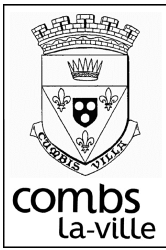
.....

.....

Combs-la-Ville, le .....

**Signature de la DRH**

**Signature de la DGS**



Mairie de Combs-la-Ville  
Esplanade Charles de Gaulle  
B.P. 116 - 77 385 Combs-la-Ville Cedex  
Tél. : 01 64 13 16 00  
Fax : 01 60 18 06 15

**FICHE D'ÉVALUATION DU DISPOSITIF DE TELETRAVAIL  
A REALISER AU TERME DU PARCOURS**

NOM et Prénom : .....

Fonctions exercées : .....

Direction / Service : .....

Mode de transport habituel : .....

Distance domicile / travail : .....

◆ **Lieu d'exercice de l'activité :**

.....

◆ **Période et quotité de télétravail :**

.....

◆ **Principales missions exercées dans le cadre du télétravail :**

⇒ .....

⇒ .....

⇒ .....

**PARTIE A REMPLIR PAR LE (LA) TELETRAVAILLEUR (SE) :**

Au quotidien, dans votre situation de travail, quelles sont les répercussions de la situation de télétravail en termes de *(merci de préciser et d'illustrer à l'aide d'exemples)* :

**1/Communication (hiérarchie, partenaires, collègues,...) :**

**2/Réalisation de vos objectifs et missions exercées (qualité du service rendu, respect des échéances) :**

3/Conditions de travail (fatigue, ergonomie, environnement, gestion du temps,...). Le télétravail a-t-il une influence sur votre qualité de vie ?

4/Principaux avantages perçus :

5/Principaux inconvénients perçus :

6/Autres :

**PARTIE A REMPLIR PAR LE N+1 :**

1/Principaux avantages perçus :

2/Principaux inconvénients perçus :

3/Autres :

**DECISION CONJOINTE :**

- de poursuivre le télétravail selon les mêmes conditions
- de poursuivre le télétravail selon de nouvelles conditions
- de mettre fin au télétravail

Fait à ..... le.....

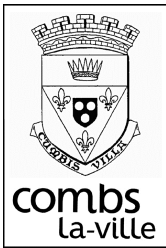
Signature de l'agent

Signature du supérieur hiérarchique

**Cadre réservé à la DRH**

Observations :

Date et signature :



Mairie de Combs-la-Ville  
Esplanade Charles de Gaulle  
B.P. 116 - 77 385 Combs-la-Ville Cedex  
Tél. : 01 64 13 16 00  
Fax : 01 60 18 06 15

**FORMULAIRE DECLARATIF DE MISE EN TELETRAVAIL PONCTUEL OU EXCEPTIONNEL**

*(A remplir par l'agent)*

**Pour Madame / Monsieur :** .....

**Fonction :** .....

**Direction / Service :** .....

◆ **Nature de la situation ponctuelle justifiant le recours au formulaire déclaratif :**

.....  
.....

◆ **Nature des travaux télétravaillés :**

.....  
.....

◆ **La journée télétravaillée est fixée entre les parties prenantes le :**

Lundi       Mardi

Jeudi       Vendredi

**Télétravail ponctuel** (précisez la date) : .....

**Le lieu de travail est fixé au** (adresse de l'agent) : .....

.....

**Rappel des modalités du télétravail :**

- Situation exceptionnelle en cas d'indisponibilité matérielle temporaire pour se rendre sur son lieu de travail : grève de transports, pandémie, événements climatiques annoncés, déménagements ou travaux dans les locaux.
- Situation ponctuelle : charge de travail ou dossier à traiter nécessitant une prise de recul avec le quotidien.
- L'agent certifie qu'il peut exercer son travail à son domicile, et que ce télétravail n'entraîne pas de modification allant au-delà d'un simple aménagement.
- L'agent ne reçoit pas de public sur son lieu de télétravail.
- Le (la) télétravailleur (se) déclare à son assurance habitation l'exercice de ses fonctions à domicile.

Fait à .....

le .....

**L'agent**

**Le supérieur hiérarchique**

**La Directrice Générale des Services**