**Section F : Plan d’action\***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objectif de travail ou compétence à l’égard duquel ou de laquelle une amélioration est requise**  | **Points précis à améliorer** | **Mesures requises\*\*****(y compris les dates)** | **Personne responsable des mesures**  | **Indicateurs ou normes de rendement**  | **Échéance** | **Examen des progrès**  | **Commentaires** | **Situation à la date d’échéance**  |
|  |  |  |  |  |  | ☐ En voie de réussir ☐ Les résultats obtenus jusqu’ici indiquent un besoin d’amélioration☐ L’objectif de travail n’est plus requis☐ S.O. | Gestionnaire ou superviseur :Employé : | ☐ A réussi ☐ N’a pas réussi  |
|  |  |  |  |  |  | ☐ En voie de réussir ☐Les résultats obtenus jusqu’ici indiquent un besoin d’amélioration☐ L’objectif de travail n’est plus requis☐ S.O. | Gestionnaire ou superviseur :Employé : | ☐ A réussi ☐ N’a pas réussi  |
|  |  |  |  |  |  | ☐ En voie de réussir ☐Les résultats obtenus jusqu’ici indiquent un besoin d’amélioration☐L’objectif de travail n’est plus requis☐ S.O. | Gestionnaire ou superviseur :Employé : | ☐ A réussi ☐ N’a pas réussi  |

\*Un plan d’action est déclenché, au besoin, dans la section A : Renseignements personnels.

\*\*Les mesures requises comprennent des réunions entre l’employé et son gestionnaire ou superviseur pour discuter des progrès réalisés.

Il a été déterminé que vous n’atteignez pas vos objectifs de travail ou que vous ne manifestez pas la ou les compétences (comportements attendus) décrites ci-dessus. Le présent plan d’action fait état des objectifs de travail et des compétences à l’égard desquels vous devez vous améliorer pour que votre rendement soit satisfaisant. Ce plan d’action a été élaboré à la suite d’une discussion avec vous concernant l’amélioration escomptée de votre rendement et la période qui vous est accordée pour réaliser cette amélioration. Au cours de cette période, vous devez démontrer que vous avez la capacité d’exercer toutes les responsabilités de votre poste actuel. À défaut d’y parvenir d’autres mesures seront prises. Ces mesures peuvent inclure une rétrogradation ou une cessation d’emploi.

Période visée par le plan d’action : Début : A-M-J Fin : A-M-J

Reconnaissance que la discussion sur le plan d’action a eu lieu le : A-M-J

Signature de l’employé : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Case à cocher – Signature de l’employé : ☐

Signature du gestionnaire ou superviseur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Case à cocher – Signature du gestionnaire ou superviseur : ☐