



**INTITULE DU POSTE**

Psychologue clinicienne

Référence :  
 QGDR-GED-FORM-  
 0003-v0

Date : janvier 2019

POLE/DIRECTION  
 Femmes Enfants

SERVICE  
 Pédiatrie

FONCTION SUPPORT du GHT GPNE : non

**LOCALISATION ET RATTACHEMENT DU POSTE**

|  |  |
|--|--|
| POSITIONNEMENT DU POSTE DANS LA STRUCTURE  | <b>Rattachement hiérarchique :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le médecin chef de service (Dr Khaled) pour l'autorité fonctionnelle</li> <li>- Le DRH pour l'autorité hiérarchique</li> </ul> |
|  | <b>Relations fonctionnelles principales :</b> le médecin chef de service   |
| PRESENTATION DE LA STRUCTURE               | Le GHT Grand Paris Nord Est est constitué des hôpitaux du Raincy-Montfermeil, Montreuil et Aulnay. Le groupe compte environ 5000 personnels non médicaux   |
| PRESENTATION DU SERVICE (FONCTION SUPPORT) | La direction du Pôle Femmes-Enfants est composée d'un médecin chef de pôle et de deux médecins chefs de service  |

**DESCRIPTION DU POSTE**

|  |  |
|--|--|
| CLASSEMENT DANS LE REPERTOIRE DES METIERS DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE | <b>Grade : psychologue</b>   |
|  | <b>Code métier : psychologue clinicien</b>   |
| DEFINITION DU POSTE (MISSIONS)   | <p><b>CLINIQUE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soutenir les enfants hospitalisés et leurs parents</li> <li>- Identifier et évaluer les situations de protection de l'enfance</li> <li>- Evaluer les idées et risques suicidaires chez l'enfant et l'adolescent</li> <li>- Accompagner les annonces de diagnostics de malformations ou de maladies génétiques</li> <li>- Accompagner à la périnatalité postnatale et au devenir parents</li> <li>- Orienter vers les structures de secteur si nécessité de soins (CMP, maisons des ados, TND93...)</li> <li>- Travailler avec ASE et structure d'accueil de l'enfant ou de l'adolescent lorsque celui-ci est placé</li> </ul> <p><b>INSTITUTIONNEL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Participer aux staffs médicaux et aux transmissions</li> <li>- Participer au travail de réflexion d'équipe et du fonctionnement institutionnel</li> <li>- Travailler en équipe pluridisciplinaire, interdisciplinaire et transversale</li> <li>- Renforcer le relai avec les partenaires (PMI, psychiatrie de liaison, CMP...)</li> <li>- Transmettre les informations nécessaires facilitant la communication soignant/soigné, et accompagner les équipes</li> <li>- Implication dans les projets de service</li> </ul> |

|                      |                     |                 |
|----------------------|---------------------|-----------------|
| <b>Rédacteur</b>     | <b>Vérificateur</b> | <b>Valideur</b> |
|                      |                     | <b>DRH</b>      |
| Date :               |                     |                 |
| Date d'application : |                     | Page 1/3        |

|  |  |  |  |                                |                                 |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
|--|--|--|--|--------------------------------|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
|  | - Rédiger un rapport d'activité qualitatif annuel à remettre au chef de service et à la direction  |  |  |                                |                                 |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
| ACTIVITES PRINCIPALES  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entretiens individuels avec les enfants ou adolescents hospitalisés</li> <li>- Entretiens familiaux avec les enfants ou adolescents hospitalisés et leurs familles</li> <li>- Entretiens avec les enfants ou adolescents aux urgences pédiatriques</li> <li>- Entretiens familiaux avec les enfants ou adolescents et leurs familles aux urgences pédiatriques</li> <li>- Entretiens de consultation externe</li> <li>- Participer aux synthèses de l'équipe (jeudi 11h30-13h30)</li> <li>- Participer à l'activité de formation des internes et du personnel soignant</li> <li>- Accueillir et former les stagiaires psychologues</li> </ul>   |  |  |                                |                                 |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
| QUOTITE DE TEMPS GHT   | 30%  |  |  |                                |                                 |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
| HORAIRES DE TRAVAIL  | 10,5 heures / semaine (incluant fonction FIR)  |  |  |                                |                                 |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
| LOCALISATION DU POSTE DE TRAVAIL   | Hôpital de Montfermeil   |  |  |                                |                                 |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
| <b>PROFIL REQUIS</b>   |  |  |  |                                |                                 |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
| DOMAINES DE COMPETENCE   | <b>Savoir-être :</b><br>Qualité relationnelle, sens de l'écoute, souci du travail partagé et pluridisciplinaire  |  |  |                                |                                 |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
|  | <b>Savoir-faire :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mener des entretiens cliniques individuels et familiaux</li> <li>- Evaluer la psychopathologie et les risques suicidaires</li> <li>- Avoir une capacité d'analyse et de synthèse</li> <li>- Assurer la continuité de la prise en charge globale du patient</li> <li>- Connaître la protection de l'enfance</li> </ul>   |  |  |                                |                                 |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
| DIPLÔME(S) PROFESSIONNEL(S) et FORMATION(S) REQUIS   | MASTER 2 en « Psychologie MENTION clinique et psychopathologie »   |  |  |                                |                                 |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
| <b>SPECIFICITES DU POSTE ET CONDITIONS D'EXERCICE</b>  |  |  |  |                                |                                 |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
| PARTICULARITES DU POSTE  | Nécessité de présence le mercredi et jeudi 11h30/13h30   |  |  |                                |                                 |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
| MOYENS MIS A DISPOSITION   | Un bureau pérenne, avec un accès informatique, ligne téléphonique, matériel de jeux pour enfants   |  |  |                                |                                 |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
| RISQUES PROFESSIONNELS LIES A L'ACTIVITE ( <i>expositions aux risques professionnels/contraintes physiques et environnementale</i> )   | <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Posture</li> <li>- Déplacements internes</li> <li>- Déplacements externes</li> <li>- Manutention</li> <li>- Posture pénible</li> <li>- Acuité visuelle</li> <li>- Acuité auditive</li> <li>- Bruit</li> <li>- Contorsions</li> <li>- Dextérité manuelle</li> <li>- Environnement stressant</li> <li>- Autonomie</li> <li>- Travail de nuit :</li> <li>- Travail en équipes successives alternantes :</li> <li>- Port de charges</li> <li>- Escaliers</li> <li>- Accès fauteuil</li> <li>- Conduite véhicule</li> <li>- Poste convenant aux femmes en état de grossesse</li> </ul> </td> <td style="width: 30%; vertical-align: top;"> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Assis</td> <td><input type="checkbox"/> Debout</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> oui</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> oui</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> oui</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> oui</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> oui</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> oui</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> oui</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> oui</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> oui</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> oui</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> oui</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> oui</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> oui</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> oui</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> oui</td> </tr> </table> </td> </tr> </table> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Posture</li> <li>- Déplacements internes</li> <li>- Déplacements externes</li> <li>- Manutention</li> <li>- Posture pénible</li> <li>- Acuité visuelle</li> <li>- Acuité auditive</li> <li>- Bruit</li> <li>- Contorsions</li> <li>- Dextérité manuelle</li> <li>- Environnement stressant</li> <li>- Autonomie</li> <li>- Travail de nuit :</li> <li>- Travail en équipes successives alternantes :</li> <li>- Port de charges</li> <li>- Escaliers</li> <li>- Accès fauteuil</li> <li>- Conduite véhicule</li> <li>- Poste convenant aux femmes en état de grossesse</li> </ul> | <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Assis</td> <td><input type="checkbox"/> Debout</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> oui</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> oui</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> oui</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> oui</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> oui</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> oui</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> oui</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> oui</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> oui</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> oui</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> oui</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> oui</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> oui</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> oui</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> oui</td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> Assis | <input type="checkbox"/> Debout | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Posture</li> <li>- Déplacements internes</li> <li>- Déplacements externes</li> <li>- Manutention</li> <li>- Posture pénible</li> <li>- Acuité visuelle</li> <li>- Acuité auditive</li> <li>- Bruit</li> <li>- Contorsions</li> <li>- Dextérité manuelle</li> <li>- Environnement stressant</li> <li>- Autonomie</li> <li>- Travail de nuit :</li> <li>- Travail en équipes successives alternantes :</li> <li>- Port de charges</li> <li>- Escaliers</li> <li>- Accès fauteuil</li> <li>- Conduite véhicule</li> <li>- Poste convenant aux femmes en état de grossesse</li> </ul> | <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Assis</td> <td><input type="checkbox"/> Debout</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> oui</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> oui</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> oui</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> oui</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> oui</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> oui</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> oui</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> oui</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> oui</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> oui</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> oui</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> oui</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> oui</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> oui</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> oui</td> </tr> </table>   | <input type="checkbox"/> Assis   | <input type="checkbox"/> Debout  | <input type="checkbox"/> non   | <input type="checkbox"/> oui    | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |                              |                              |
| <input type="checkbox"/> Assis   | <input type="checkbox"/> Debout  |  |  |                                |                                 |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
| <input type="checkbox"/> non   | <input type="checkbox"/> oui   |  |  |                                |                                 |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
| <input type="checkbox"/> non   | <input type="checkbox"/> oui   |  |  |                                |                                 |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
| <input type="checkbox"/> non   | <input type="checkbox"/> oui   |  |  |                                |                                 |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
| <input type="checkbox"/> non   | <input type="checkbox"/> oui   |  |  |                                |                                 |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
| <input type="checkbox"/> non   | <input type="checkbox"/> oui   |  |  |                                |                                 |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
| <input type="checkbox"/> non   | <input type="checkbox"/> oui   |  |  |                                |                                 |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
| <input type="checkbox"/> non   | <input type="checkbox"/> oui   |  |  |                                |                                 |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
| <input type="checkbox"/> non   | <input type="checkbox"/> oui   |  |  |                                |                                 |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
| <input type="checkbox"/> non   | <input type="checkbox"/> oui   |  |  |                                |                                 |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
| <input type="checkbox"/> non   | <input type="checkbox"/> oui   |  |  |                                |                                 |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
| <input type="checkbox"/> non   | <input type="checkbox"/> oui   |  |  |                                |                                 |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
| <input type="checkbox"/> non   | <input type="checkbox"/> oui   |  |  |                                |                                 |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
| <input type="checkbox"/> non   | <input type="checkbox"/> oui   |  |  |                                |                                 |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
| <input type="checkbox"/> non   | <input type="checkbox"/> oui   |  |  |                                |                                 |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
| <input type="checkbox"/> non   | <input type="checkbox"/> oui   |  |  |                                |                                 |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
| Autres   |  |  |  |                                |                                 |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
| Autres   |  |  |  |                                |                                 |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
| <b>Rédacteur</b>   | <b>Vérificateur</b>  | <b>Valideur</b>  |  |                                |                                 |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
|  |  | <b>DRH</b>   |  |                                |                                 |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
| Date :   |  |  |  |                                |                                 |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |
| Date d'application :   |  | Page 2/3   |  |                                |                                 |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, précisez :<br>..... |
| <b>EVOLUTION POSSIBLE</b>  |  |  |
| <b>Préciser :</b> selon la grille de la fonction publique hospitalière |  |  |

|  |
|--|
| Transmis pour information à l'agent le :<br><br>Date et signature de l'agent : |
|--|

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>PERSONNE A CONTACTER</b> | Dr Mohamed KHALED<br>Fonction : chef de service<br>Mail : mohamed.khaled@ght-gpne.fr |
|-----------------------------|--|

|                      |                     |                 |
|----------------------|---------------------|-----------------|
| <b>Rédacteur</b>     | <b>Vérificateur</b> | <b>Valideur</b> |
|                      |                     | <b>DRH</b>      |
| Date :               |                     |                 |
| Date d'application : |                     | Page 3/3        |