



## 5 - CARACTÉRISTIQUES DU SYSTÈME

**Délai de conservation des images (exprimé en jours) :**   (Indiquez un nombre compris entre 0 et 30)  
(la durée maximale est de 30 jours)

**Existence d'un système de retransmission des images :**  oui  non

**si oui, veuillez cocher la case correspondante ci-dessous**

Retransmission en temps réel :

Retransmission en temps différé :

**Le système de vidéoprotection est-il mis en place par un installateur certifié ?**  oui  non

**si oui,** veuillez indiquer ci-dessous le nom de cet installateur ou de cette société d'installation ainsi que son numéro de certification.

Nom de l'installateur ou de la société : ..... Numéro de certification.....

Cet installateur vous a-t-il remis une attestation de conformité aux normes techniques définies par l'arrêté du 3 août 2007 ?  oui  non

**Si l'installateur n'est pas certifié,** veuillez joindre un questionnaire précisant les caractéristiques techniques du dispositif et sa conformité aux normes techniques définies par l'arrêté du 3 août 2007 (cf notice).

## 6 - PERSONNES HABILITÉES A ACCÉDER AUX IMAGES :

NOM : ..... Prénom : ..... Fonctions : .....

NOM : ..... Prénom : ..... Fonctions : .....

NOM : ..... Prénom : ..... Fonctions : .....

NOM : ..... Prénom : ..... Fonctions : .....

**Une de ces personnes habilitées relève-t-elle d'une société privée délégataire :**  oui  non

*si plus de quatre personnes, vous pouvez adresser (par courrier ou sous forme électronique) une liste complémentaire.*

## 7 - TRAITEMENT DES IMAGES (cette rubrique n'est à renseigner que si les images font l'objet d'un traitement dans un lieu différent de celui de l'implantation du système et/ou par une personne autre que le responsable du système)

Adresse du lieu de traitement à renseigner ci-après :

Numéro de voie    Extension (bis, ter...)    Type de voie (rue, av...)    Nom de la voie    Code postal    Commune

.....

Si ce traitement est effectué par un service, veuillez indiquer ci-après le nom du service : .....

Si ce traitement est effectué par une personne, veuillez indiquer ci-après ses noms et prénoms : .....

## 8 - SÉCURITÉ ET CONFIDENTIALITÉ

(nous vous remercions de décrire ci-dessous les mesures adoptées pour assurer la confidentialité des images)

Mesures prises pour contrôler l'accès au poste central de surveillance (par exemple code d'accès, porte blindée, accès contrôlé...) :

.....

**Si existence d'un système d'enregistrement :**

**Mesures pour la sauvegarde et la protection de ces enregistrements :** .....

.....

**Modalités de destructions des enregistrements :** .....

.....

## 9 - MODALITÉS D'INFORMATION DU PUBLIC

Veuillez indiquer ci-après le nombre d'affiches ou de panneaux d'information (cf notice) : .....

Précisez la (ou les) localisation(s) de cet affichage : .....

## 10 - SERVICE (OU PERSONNE) AUPRÈS DUQUEL S'EXERCE LE DROIT D'ACCÈS

Nom : ..... Prénom : ..... Fonction de cette personne : .....

ou service responsable : ..... Téléphone : .....

Veuillez renseigner ci-après l'adresse de cette personne ou de ce service :

Numéro de voie    Extension (bis, ter...)    Type de voie (rue, av...)    Nom de la voie    Code postal    Commune

.....

Fonction habilitant le déclarant à signer : .....

Le signataire s'engage à se conformer aux articles du code de la sécurité intérieure relatifs à la vidéoprotection.

SIGNATURE ET CACHET :

Date : .....