

FORMULAIRE DE DECLARATION DE SYSTEME DE VIDEOSURVEILLANCE

Ce formulaire est destiné aux déclarations portant sur la vidéosurveillance à l'usage des structures publiques, privées ou des particuliers.

(Articles : 5 et 9 de la loi n° 2022-59 du 16 décembre 2022, relative à la protection des données à caractère personnel, modifiée et complétée par la Loi n° 2023-31 du 4 Juillet 2023 et son décret d'application N°2020-309 du 30 avril 2020 modifié par le décret 2021-020 du 8 janvier 2021.)

☐ STRUCTURE PUBLIQUE ☐ STRUCTURE PRIVEE ☐ PARTICULIER

NATURE DE LA DEMANDE	CADRE RESERVE A LA HAPDP
<input type="checkbox"/> Première demande	Reçu le
<input type="checkbox"/> Modification d'un système autorisé <div>N° Enreg. : <input type="text"/></div>	Récépissé délivré le
<input type="checkbox"/> Suppression d'un système autorisé <div>N° Enreg. : <input type="text"/></div>	N° Enreg. :
IMPORTANT : La déclaration doit comporter un plan général d'installation des caméras de surveillance et de leur champ de vision	

AFFICHE(S) D'INDICATION DE PRESENCE DE VIDEOSURVEILLANCE
Nombre d'affiche(s) à acquérir pour couvrir les lieux :

(Veuillez remplir les parties correspondant à votre situation)

1 - IDENTITE DU RESPONSABLE DE TRAITEMENT
1.1 - Identité du déclarant Nom, (Prénom) ou raison sociale : RC : NIF : Secteur d'activité : Adresse : Ville : BP : Tél : Fax : Adresse électronique :

1.2 - Personne à contacter par la HAPDP en cas de besoin (point focal)

Nom et prénom : Fonction/Qualité :
Tél : Fax :
Adresse électronique :

2 - FINALITES DU SYSTEME (veuillez cocher la ou les cases correspondant)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sécurité des personnes | <input type="checkbox"/> Sécurité des biens |
| <input type="checkbox"/> Protection des abords des bâtiments | <input type="checkbox"/> Régulation du trafic routier |
| <input type="checkbox"/> Sûreté de l'Etat, défense, sécurité publique | <input type="checkbox"/> Protection des bâtiments publics |
| <input type="checkbox"/> Prévention des risques naturels ou technologiques | <input type="checkbox"/> Surveillance des salariés |
| <input type="checkbox"/> Obligation réglementaire (casinos, installations portuaires, etc.) | <input type="checkbox"/> Protection incendies/accidents |
| <input type="checkbox"/> Autres (Veuillez préciser) : | |

3 - LOCALISATION DU SYSTEME**3.1 - Lieu d'installation du système de vidéosurveillance**

Adresse :
Nature de l'environnement sous vidéosurveillance : (Ex : Immeuble de bureaux, Établissement accueillant du public, Voie publique, etc.)

3.2 - Emplacement des caméras (veuillez préciser les détails de chaque caméra)

N°	Emplacement	Espace visualisé	Caractéristique de l'espace	Type de caméra
01	(Ex : Extérieur Bâtiment Administratif)	(Ex : Cours Parking Administration)	Ouvert au public / Non ouvert au public	Fixe / Orientable
02
03
04
05
07
...

Nombre total de caméras installées :

4 - CARACTERISTIQUES ET FONCTIONNALITES DU SYSTEME

4.1 - Date de mise en œuvre du système :	----/----/20--
4.2 - Visualisation des images en temps réel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4.3 - Prise de son	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non



4.4 - Enregistrement	<input type="checkbox"/> En Continu <input type="checkbox"/> Plage horaire (<i>Veillez préciser</i>) : <input type="checkbox"/> Sur détection de mouvement
4.5 - Nature de l'enregistreur	<input type="checkbox"/> Numérique <input type="checkbox"/> Analogique <i>(Veillez préciser)</i> :
4.6 - Liaison et Réseau	<input type="checkbox"/> Intranet <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> LAN <input type="checkbox"/> VPN <input type="checkbox"/> Câble coaxial <input type="checkbox"/> Autres (<i>Veillez préciser</i>) :
4.7 - Utilisation de systèmes experts (Ex : Détection d'objets, Reconnaissance faciale, Lecture automatisée des plaques d'immatriculation, etc.)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (<i>Veillez préciser</i>) :
4.8 - Accès aux images à distance (Ex : Via Internet, A partir d'un smartphone, etc.)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (<i>Veillez préciser</i>) :
4.9 - Durée de conservation des images	<input type="checkbox"/> 15 jours <input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 2 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> Autres (<i>Veillez préciser</i>) :
5 – DONNÉES COLLECTÉES ET TRAITÉES	
5.1 – Types de données collectées :	
<input type="checkbox"/> Image <input type="checkbox"/> Son <input type="checkbox"/> Autres	
5.2. - Utilisation de systèmes experts (Ex : Détection d'objets, Reconnaissance faciale, Lecture automatisée des plaques d'immatriculation, etc.)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (<i>Veillez préciser</i>) :
5.3. - Accès aux images à distance (Ex : Via Internet, A partir d'un smartphone, etc.)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (<i>Veillez préciser</i>) :
5.4. - Durée de conservation des images	<input type="checkbox"/> 15 jours <input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 2 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> Autres (<i>Veillez préciser</i>) :

6 - TANSFERT DES DONNEES VERS UN PAYS TIERS (cette rubrique n'est à renseigner que si les données traitées sont transférées vers un pays tiers)
6.1 - Identité du destinataire des données
Nom, (Prénom) ou raison sociale :
Adresse :
Ville/Pays : Boîte Postale:
Tél : Fax :
Adresse électronique :

6.2 - Type de destinataire (Veuillez préciser la nature du lien juridique qui le relie au responsable de traitement)

☐ Maison-mère
 ☐ Filiale
 ☐ Prestataire
 ☐ Partenaire commercial

☐ Autres (Veuillez préciser) :

6.3 - Finalité du transfert à l'étranger envisagé

☐ Hébergement des données
 ☐ Exploitation du système

☐ Autres (Veuillez préciser) :

6.4 – Veuillez préciser la nature des traitements opérés par le destinataire des données

.....

6.5 - Veuillez indiquer s'il existe un fondement juridique au transfert

.....

7 - SOUS-TRAITANCE (cette rubrique n'est à renseigner que si le responsable du système fait recours à un (ou des) sous-traitant(s) pouvant accéder aux images)

N°	Nom du sous-traitant	Adresse	Contrat de confidentialité signé	Rôles du sous-traitant
01	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
02	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
03	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

(Ex Rôles : Installation, maintenance, hébergement des données, Sécurité et surveillance des locaux, etc.)

8 – INTERCONNEXION (Veuillez renseigner cette rubrique si vous procédez à des échanges de données avec d'autres services ou organismes (internes ou externes à la structure déclarante) ?)

N°	Finalité de l'interconnexion	Service ou Organisme	Durée de l'interconnexion
01			
02			

9 - SECURITE DES TRAITEMENTS ET DES DONNEES

9.1 - Personnes habilitées à y accéder

Nom et prénom : Fonction :

Nom et prénom : Fonction :

Nom et prénom : Fonction :

9.2 - Accès physique (Veuillez préciser les mesures prises pour contrôler l'accès au poste central de surveillance) (Ex : Code d'accès, Local surveillé, Local fermé à clé, Registre des entrées et sorties, etc.)

.....

.....



9.3 - Accès logique (Veuillez préciser les mesures de sécurité prises pour la sauvegarde et la protection des enregistrements)
.....
9.4 - Quelles sont les mesures prises pour la suppression des enregistrements ?
.....
9.5 - Les personnes habilitées à accéder aux données sont-elles informées ou sensibilisées sur le respect de la vie privée et sur la politique de sécurité mise en place ?
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (Veuillez préciser) :

10 - DROITS DES PERSONNES FILMEES
10.1 - Modalités d'information du public
<p>10.1.1 - Veuillez indiquer ci-après le nombre d'affiches ou de panneaux d'information :</p> <p>10.1.2 - Précisez la (ou les) localisation(s) de l'affichage :</p> <p>10.1.3 - Pour les systèmes de vidéosurveillance installés dans un milieu professionnel, veuillez préciser les autres modalités d'information des personnes concernées :</p> <p> <input type="checkbox"/> Courrier électronique <input type="checkbox"/> Note d'information <input type="checkbox"/> Intranet <input type="checkbox"/> Réunion <input type="checkbox"/> Autres (Veuillez préciser) : </p>
10.2 - Exercice du droit d'accès
<p>10.2.1 - Veuillez indiquer le service (ou la personne) auprès duquel s'exerce le droit d'accès :</p> <p>Particuliers : Nom et prénom : Profession/Qualité : Personne morale : (Service à contacter) Fonction de la personne à contacter :</p>
<p>10.2.2 - Veuillez préciser le délai de communication des informations en cas d'exercice du droit d'accès (ex : immédiat, 2 jours, une semaine, 15 jours, etc.):</p>

11 - ENGAGEMENT ET SIGNATURE DU RESPONSABLE DU TRAITEMENT DE L'ORGANISME DECLARANT

Je déclare sur l'honneur que les renseignements fournis sont véridiques, complets, exacts et respectent les exigences de la législation en matière de protection des données à caractère personnel.

Nom et prénom : Fonction :

Date :

Signature et cachet

Conformément la loi n°2022-59 du 16 décembre 2022, relative à la protection des données à caractère personnel, modifiée et complétée par la loi n° 2023-31 du 4 Juillet 2023, vous pouvez exercer vos droits d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent en vous adressant à la HAPDP : Boulevard de l'Indépendance, Quartier ANY-KOUARA, Porte No 2296, Tél (Standard) : +227 20 33 12 03,

Site Web : www.hapdp.ne , Email : contact@hapdp.ne.

La HAPDP se réserve le droit de procéder à tout moment à un contrôle de conformité des traitements faisant l'objet de la présente déclaration simplifiée tel que prévu par l'article 43-1 de la loi n°2022-59 du 16 décembre 2022, relative à la protection des données à caractère personnel.