

# FORMULAIRE DE DECLARATION DE SYSTEME DE VIDEOSURVEILLANCE

 STRUCTURE PUBLIQUE

 STRUCTURE PRIVEE

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

RD : RECEPISSE DE DECLARATION

*(Veuillez remplir les parties correspondant à votre situation)*

1 - IDENTITE DU RESPONSABLE DE TRAITEMENT
<b>1.1 - Identité du déclarant</b>
Nom, (Prénom) ou raison sociale : .....
RCCM : .....
Secteur d'activité : .....
Adresse : .....
Ville : ..... BP : .....
Tél : ..... Adresse électronique : .....
<b>1.2 - Personne à contacter par la CIL en cas de besoin (DPO<sup>1</sup>)</b>
Nom et prénom : ..... Fonction/Qualité : .....
Tél : ..... Adresse électronique : .....

<sup>1</sup> Data Protection Officer ou délégué à la protection des données à caractère personnel

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

- |   |   |
|---|---|
| <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, Etablissement 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 :	...../...../.....
4.2 - Modèle du dispositif de vidéosurveillance	1. .... 2. .... 3. ....
4.3 - Visualisation des images en temps réel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4.4 - Prise de son	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4.5 - Enregistrement	<input type="checkbox"/> En Continu <input type="checkbox"/> Plage horaire (Veuillez préciser) : ..... <input type="checkbox"/> Sur détection de mouvement

4.6 - Nature de l'enregistreur	<input type="checkbox"/> Numérique <input type="checkbox"/> Analogique (Veuillez préciser) : .....
4.7 - 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 (Veuillez préciser) : .....
4.8 - 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 (Veuillez préciser) : ..... .....
4.9 - Accès aux images à distance (Ex : Via Internet, local, etc.)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (Veuillez préciser) : .....
4.10 - 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 (Veuillez préciser) : .....

<b>5 - TANSFERT DES DONNEES VERS UN PAYS ETRANGER (cette rubrique n'est à renseigner que si les données traitées sont transférées vers un pays étranger)</b>	
<b>5.1 - Identité du destinataire des données</b>	
Nom, (Prénom) ou raison sociale : .....	
Adresse : .....	
Ville/Pays : .....	Code Postal : .....
Tél : .....	Adresse électronique : .....
<b>5.2 - Type de destinataire (Veuillez préciser la nature du lien juridique qui le relie au responsable de traitement)</b>	
<input type="checkbox"/> Maison-mère <input type="checkbox"/> Filiale <input type="checkbox"/> Prestataire <input type="checkbox"/> Partenaire commercial <input type="checkbox"/> Autres (Veuillez préciser) : .....	
<b>5.3 - Finalité du transfert à l'étranger envisagé</b>	
<input type="checkbox"/> Hébergement des données <input type="checkbox"/> Exploitation du système <input type="checkbox"/> Autres (Veuillez préciser) : .....	
<b>5.4 - Veuillez préciser la nature des traitements opérés par le destinataire des données</b>	
.....	
<b>5.5 - Veuillez indiquer s'il existe un fondement juridique au transfert</b>	
.....	

**6 - 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	(Ex : Installation, maintenance, hébergement des données, Sécurité et surveillance des locaux, etc.)
02	.....	.....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
03	.....	.....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

**7 – 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	.....	.....	.....

**8 - SECURITE DES TRAITEMENTS ET DES DONNEES**

**8.1 - Personnes habilitées à y accéder**

Nom et prénom : ..... Fonction : .....  
 Nom et prénom : ..... Fonction : .....  
 Nom et prénom : ..... Fonction : .....

**8.2 - 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.)**

.....  
 .....

**8.3 - Accès logique (Veuillez préciser les mesures de sécurité prises pour la sauvegarde et la protection des enregistrements)**

.....  
 .....

**8.3 - Quelles sont les mesures prises pour la suppression des enregistrements ?**

.....  
 .....

**8.4 - 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 ?**

Non     Oui (Veuillez préciser) : .....

## 9 - DROITS DES PERSONNES FILMEES

### 9.1 - Modalités d'information du public

9.1.1 - Veuillez indiquer ci-après le nombre de pictogrammes ou de panneaux d'information : .....

9.1.2 - Précisez la (ou les) localisation(s) de (s) pictogramme (s) : .....  
 .....

9.1.3 - Pour les systèmes de vidéosurveillance installés dans un milieu professionnel, veuillez préciser les autres modalités d'information des personnes concernées :

- Courrier électronique     
  Note d'information     
  Intranet     
  Réunion  
 Autres (Veuillez préciser) : .....

### 9.2 - Exercice des droits des personnes (accès, opposition, rectification, suppression)

9.2.1 - Veuillez indiquer le service (ou la personne) auprès duquel s'exerce les droits :

**Personne morale** : (Service à contacter) : .....

Nom et prénom : .....

Fonction de la personne à contacter : .....

Numéro de téléphone : .....

**Particuliers** : Nom et prénom : .....

Profession/Qualité : .....

Numéro de téléphone : .....

9.2.2 - 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.) : .....

**10 - 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

*Les informations recueillies font l'objet d'un traitement pour l'instruction des dossiers par la Commission de l'Informatique et des Libertés. Elles sont destinées exclusivement aux membres et services de ladite Commission. Vous pouvez exercer vos droits (accès, rectification, opposition ou suppression) en envoyant un courrier électronique à l'adresse suivante : [infos@cil.bf](mailto:infos@cil.bf) ou en appelant au : (00226) 25376104 / 05*