



Département
des Landes

Pour tout renseignement complémentaire
Veuillez-vous adresser à la collectivité
dont vous dépendez (Mairie, CCAS, CIAS)

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

TÉLÉALARME

Bénéficiaire

Titre : ☐ Madame ☐ Monsieur

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Téléphone fixe : _____

Téléphone portable : _____ Mail : _____
mail personnel ou appartenant à un « contact » de l'abonné(e)

Box internet : ☐ Oui ☐ Non Adresse : _____

Etage : _____ Porte : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Code boîte à clés :

Type de logement : Maison ☐ jardin ☐ Oui ☐ Non Appartement ☐ Résidence autonomie ☐

Renseignements obligatoires pour trouver l'habitat : _____

Etat de santé bénéficiaire

VUE :	Normale ☐	Réduite ☐	Non-voyant(e) ☐
AUDITION :	Normale ☐	Mal entendant(e) ☐	Sourd(e) ☐
MOBILITE :	Normale ☐	Difficile ☐	Immobile ☐
ELOCUTION :	Normale ☐	Difficile ☐	Ne parle pas ☐

Bénéficiaires de l'APA ou de la PCH : GIR 1 ☐ GIR2 ☐ GIR3 ☐ GIR4 ☐ PCH ☐

Co-Bénéficiaire (épouse, époux, autre)

Titre : ☐ Madame ☐ Monsieur

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Qualité : _____ Portable : _____

Mail : _____

Etat de santé co-bénéficiaire

VUE :	Normale ☐	Réduite ☐	Non-voyant(e) ☐
AUDITION :	Normale ☐	Mal entendant(e) ☐	Sourd(e) ☐
MOBILITE :	Normale ☐	Difficile ☐	Immobile ☐
ELOCUTION :	Normale ☐	Difficile ☐	Ne parle pas ☐

Bénéficiaires de l'APA ou de la PCH : GIR 1 ☐ GIR2 ☐ GIR3 ☐ GIR4 ☐ PCH ☐

(Suite)

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

TÉLÉALARME

RESEAU DE SOLIDARITE

Personnes prêtes à intervenir sur site

« Contact 1 » (*)

Nom Prénom : _____ ☐ clé Tél. : _____ Portable : _____
Ville : _____ ☐ voisin ☐ famille ☐ prioritaire

« Contact 2 » (*)

Nom Prénom : _____ ☐ clé Tél. : _____ Portable : _____
Ville : _____ ☐ voisin ☐ famille ☐ prioritaire

() Renseignements obligatoires : Ces personnes doivent habiter à moins de 10 minutes.*

Personnes à prévenir en cas d'accident « référent » si contact injoignable

« Référent 1 »

Nom Prénom : _____ Tél. : _____ Portable : _____

« Référent 2 »

Nom Prénom : _____ Tél. : _____ Portable : _____

Nom du Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) : _____

Toutes les informations recueillies sont uniquement réservées au service Téléalarme pour la réalisation du service et au SDIS pour le traitement des déclenchements de téléalarme et les secours aux bénéficiaires.

Les informations personnelles recueillies dans le cadre de ce formulaire, avec votre consentement explicite, ont pour finalité la gestion du dispositif de téléalarme. Vous pouvez à tout moment retirer votre consentement en remplissant la mention prévue à cet effet dans le formulaire.

Les données personnelles fournies peuvent faire l'objet d'un traitement informatique et papier et ne font pas l'objet d'une prise de décision automatisée ou de profilage. Elles ne sont conservées que dans la limite imposée par la finalité du traitement soit 12 mois après la sortie du dispositif.

Le Département est le responsable du traitement et les destinataires des données sont les suivants : les services du Département des Landes gérant le dispositif téléalarme, le SDIS 40 et T2I Télécom prestataire de la solution téléalarme. Aucune donnée collectée ne fait l'objet d'un transfert en dehors de l'union européenne.

Le Département a désigné un Délégué à la Protection des Données que vous pouvez joindre par courriel à l'adresse suivante : dpd@landes.fr.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » et au règlement européen n° 2016/679, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, ainsi que d'un droit à la portabilité de vos données ou de limitation du traitement. Vous pouvez également pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement de vos données et donner des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données après votre décès. Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (www.cnil.fr).

TOUTE MODIFICATION DE RENSEIGNEMENTS devra être signalée sur le site téléalarme. Aucune modification ne sera prise en compte par téléphone.

Le : _____

Cachet administratif de la collectivité émettrice

Signature de l'abonné :