



Département  
des Landes

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

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

# TÉLÉALARME

Demandeur (\*) :

(\*) Obligatoire : Nom+ prénom + tél + Qualité (famille/organisme, lequel ?/ autre.).

### 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 Abonné:  Oui  Non Adresse : \_\_\_\_\_  
N° Rue + adresse

Etage: \_\_\_\_\_ Porte : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Code boîte à clés  
et emplacement :

Type de logement : Maison  jardin  Oui  Non Appartement  Résidence autonomie

Renseignements obligatoires pour trouver l'habitat : \_\_\_\_\_

### Etat de santé bénéficiaire

|             |                                  |   |  |
|-------------|----------------------------------|---|--|
| VUE :       | Normale <input type="checkbox"/> | Réduite <input type="checkbox"/>          | Non-voyant(e) <input type="checkbox"/> |
| AUDITION :  | Normale <input type="checkbox"/> | Mal entendant(e) <input type="checkbox"/> | Sourd(e) <input type="checkbox"/>      |
| MOBILITE :  | Normale <input type="checkbox"/> | Difficile <input type="checkbox"/>        | Immobile <input type="checkbox"/>      |
| ELOCUTION : | Normale <input type="checkbox"/> | Difficile <input type="checkbox"/>        | Ne parle pas <input type="checkbox"/>  |

Cocher Si 2<sup>e</sup> médaillon (Remplir Co-Bénéficiaire)

### Co-Bénéficiaire (épouse, époux, autre)

Titre :  Madame  Monsieur

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Qualité : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

### Etat de santé Co-bénéficiaire

|             |                                  |   |  |
|-------------|----------------------------------|---|--|
| VUE :       | Normale <input type="checkbox"/> | Réduite <input type="checkbox"/>          | Non-voyant(e) <input type="checkbox"/> |
| AUDITION :  | Normale <input type="checkbox"/> | Mal entendant(e) <input type="checkbox"/> | Sourd(e) <input type="checkbox"/>      |
| MOBILITE :  | Normale <input type="checkbox"/> | Difficile <input type="checkbox"/>        | Immobile <input type="checkbox"/>      |
| ELOCUTION : | Normale <input type="checkbox"/> | Difficile <input type="checkbox"/>        | Ne parle pas <input type="checkbox"/>  |

(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.*

***Le rôle du contact est primordial et indispensable dans le réseau de solidarité de l'abonné afin de contrôler l'urgence de l'appel SOS avant l'engagement des secours pompiers.***

**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 T21 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](mailto: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](http://www.cnil.fr)).

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

**Nous vous informons que dans le texte de la loi de finances 2022, le téléalarme est désormais éligible au crédit d'impôt.**

Le : \_\_\_\_\_

Cachet administratif de la collectivité émettrice

Signature de l'abonné :