

Sport Senior Santé Ligérien

RECUEIL DE CONSENTEMENT DES PERSONNES

Règlement Européen sur la Protection des Données Personnelles

Je, soussigné(e) :

Mme ou M. (nom, prénom) :

Licence n° :

Donne mon consentement au recueil et au traitement des données me concernant par l'association SPORT SENIOR SANTE LIGERIEN.

Je prends note que je peux à tout moment demander à connaître les éléments conservés sur moi et que, selon les termes de la loi du 6 janvier 1978 « Informatique et Libertés, je bénéficie d'un droit d'accès, de rectification, de suspension et d'opposition aux informations et messages me concernant.

Fait à :

Le :

Signature :