



ATTESTATION

Je soussigné(e),

NOM : _____

PRENOM : _____

En ma qualité de représentant légal de :

NOM : _____

PRENOM : _____

atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire médical et a répondu par la négative à l'ensemble des questions.

Date :

Signature du représentant légal :

Les informations recueillies sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatisé par le Maire du Plessis-Robinson sis à 3 rue de la Mairie 92350 Le Plessis-Robinson.

Le responsable de traitement a désigné l'ADICO sise à Beauvais (60000), 5 rue Jean Monnet en qualité de déléguée à la protection des données

Les données recueillies dans ce formulaire sont destinées à la réalisation du traitement : gestion et le suivi des inscriptions des activités sportives de la ville.

Ce traitement est basé sur une mission d'intérêt public (arrêté du 7 mai 2021).

Les données ne sont destinées qu'à la Mairie du Plessis-Robinson et ne sont transmises à aucun tiers. Elles sont conservées pour une durée d'un an.

Conformément aux articles 15 à 22 du règlement 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, de portabilité et d'opposition des données vous concernant.

Pour exercer ces droits, nous vous invitons à contacter dpo@plessis-robinson.com. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation en ligne ou par voie postale à la CNIL