FICHE C

Je suis une personne qui répond à l'appel à participation.

Je suis d'accord pour partager mes données à France Assos Santé

Mon Nom : ……..……

Mon Prénom : ……

Date de naissance : ……..……

Lieu de naissance : ……..……..

Si j'ai moins de 18 ans, un parent signe aussi.

Si je suis sous mesure de protection, mon tuteur ou mon curateur signe.

Nom de mon parent / mon curateur / mon tuteur :…….

Prénom de mon parent / mon curateur / mon tuteur : …….

Date de naissance de mon parent / mon curateur / mon tuteur …….

La personne qui signe avec moi est :

□ Un parent

□ Mon tuteur

□ Mon curateur

Je suis d'accord

pour partager mes idées et mes pratiques,

pour le projet de France Assos Santé : **Faire vivre les droits des personnes accompagnées.**

Mon CVS est celui de l'établissement : …….

FICHE C

Je suis une personne qui répond à l'appel à participation.

Je suis d'accord pour partager mes données à France Assos Santé

Pour pouvoir bien travailler

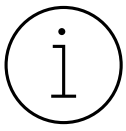
avec tous les documents qu'elle va recevoir,

France Assos Santé va garder des informations sur moi

(mon nom, mon prénom, l'établissement qui m'accueille)

dans un dossier informatique, sur un ordinateur

Dans les documents que je vais donner, pour montrer que mon CVS a de bonnes idées ou de bonnes pratiques,



il y aura des informations sur d'autres personnes.

Ces personnes doivent être d'accord,

et signer la fiche C

sinon, je dois enlever leurs noms et leurs informations.

FICHE C

Je suis une personne qui répond à l'appel à participation.

Je suis d'accord pour partager mes données à France Assos Santé

Mes informations sont transmises :

Au Jury CVS France Assos Santé et aux personnes qui travaillent avec France Assos santé

Elles seront **gardées pendant 15 mois**

Quels sont mes droits ?

J'ai le droit d'être informé

J'ai le droit de voir mes informations

J'ai le droit de changer mes informations,

J'ai le droit de corriger mes informations

J'ai le droit de demander qu'on efface mes informations

J'ai le droit de demander qu'on arrête d'utiliser mes informations

Si j'ai besoin d'informations, je peux contacter : dpo@france-assos-sante.org

Date : ……

Signature : ……

Signature de mes parents si j'ai moins de 18 ans : …….

Signature de mon tuteur ou de mon curateur si j'en ai : ……

FICHE C

Je suis une personne citée dans les documents de mon CVS

Je suis d'accord pour donner mes informations à France Assos Santé

Mon Nom : ……

Mon Prénom : ……

Date de naissance : ……

Lieu de naissance : ……

Si j'ai moins de 18 ans, un parent signe aussi.

Si je suis sous mesure de protection,

mon tuteur ou mon curateur signe.

Nom de mon parent / mon curateur / mon tuteur : ……

Prénom de mon parent / mon curateur / mon tuteur : ……

Date de naissance de mon parent/mon curateur/mon tuteur ……

La personne qui signe avec moi est :

□ Un parent

□ Mon tuteur

□ Mon curateur

Mon CVS peut donner des informations sur moi (noms, prénoms, photos)

pour le projet de France Assos Santé : **Faire vivre les droits des personnes accompagnées.**

Et donc je suis d'accord pour que France Assos Santé utilise mes informations dans un fichier sur ordinateur

Mes informations sont transmises à

France Assos Santé et ses partenaires du projet

Elles seront **gardées pendant 15 mois**

FICHE C

Je suis une personne citée dans les documents de mon CVS

Je suis d'accord pour donner mes informations à France Assos Santé

Quels sont mes droits ?

J'ai le droit d'être informé

J'ai le droit de voir mes données

J'ai le droit de changer mes données,

J'ai le droit de corriger mes données

J'ai le droit de demander qu'on efface mes données

J'ai le droit de demander qu'on arrête de traiter mes données

Si j'ai besoin d'informations, je peux contacter : dpo@france-assos-sante.org

Date : ……

Signature : ……

Signature de mes parents si j'ai moins de 18 ans : …….

Signature de mon tuteur ou de mon curateur si j'en ai : ……

Les pictogrammes proviennent du site ARASAAC.org

Ce document a été transcrit par Sophie M et Delphine M.

Il a été relu par l'équipe de l'ESAT l'AVENIR ADAPEI 07

à Lalevade d'Ardèche : Fatima M, Pauline I, Flor C, Steven F, Jeremy R, Sandrine P et Charlotte P, Vanessa V, Caroline M, Fabrice R, Mohamed B

Ce document respecte les règles d'Europe Inclusion.

monCVS@france-assos-sante.org

Mon CVS, France Assos Santé,

129 rue de Créqui, 69006 Lyon

https://bit.ly/monCVS