

C O N S E N T E M E N T R E L A T I F À L A P R I S E D ' I M A G E S , D E V I D É O S
E T D E S O N S D A N S L E C A D R E D E L ' O R G A N I S A T I O N
D ' A C T I V I T É S V I S A N T À S E N S I B I L I S E R L E C I T O Y E N A U
H A N D I C A P E T D E T E N D R E V E R S U N E S O C I É T É P L U S I N C L U S I V E

Le responsable du traitement de données à caractère personnel est la Province de Hainaut (rue Verte, 13 à 7000 MONS). La politique de confidentialité de la Province de Hainaut et du Service d'Action Provinciale d'Animations de Sensibilisation au Handicap est disponible à l'adresse suivante :

<https://actionsociale.hainaut.be/confidentialite-sapash/>



Ou en version papier sur simple demande

Pour toute explication, question, ou pour l'exercice de vos droits dont l'accès, la demande de copie, la rectification, l'effacement, ... Merci de suivre les modalités conformément à notre politique de confidentialité.

Vous êtes libre de retirer votre consentement à tout moment en adressant votre demande par email : info.sapash@hainaut.be ou par courrier postal adressé à S.A.P.A.S.H., rue de la Broucheterre 52b, 6000 Charleroi. Ce consentement est valable pour l'année civile à compter de la date de la signature de la présente.

[PH/DGAS/SAPASH/FICHE N°382/DEC/2022/V1](#)

PARTIE 4 : POLITIQUE CONCRÈTE POUR LA PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL DANS LE CADRE DE L'ORGANISATION D'ACTIVITÉS VISANT À SENSIBILISER LE CITOYEN AU HANDICAP ET DE TENDRE VERS UNE SOCIÉTÉ PLUS INCLUSIVE SOUMIS À UN CONSENTEMENT

B) PRISE, UTILISATION, REPRODUCTION, MONTAGE ET DIFFUSION D'IMAGES, DE VIDEOS ET DE BANDES SONS DANS LES SERVICES PROVINCIAUX AFIN D'ILLUSTRE DE MANIÈRE PLUS RÉALISTE LES SUPPORTS DE COMMUNICATION DE LA PROVINCE DE HAINAUT ET EN VUE DE MENER DES CAMPAGNES DE PROMOTION DES SERVICES DE L'ACTION SOCIALE

Je suis majeur

Nom et prénom

J'ai pris connaissance de la politique de confidentialité reprise ci-dessus : OUI NON

Je donne mon accord - Je ne donne pas mon accord

DateSignature.....

Je suis mineur (il faut 2 signatures)

Nom et prénom (du bénéficiaire mineur)

J'ai pris connaissance de la politique de confidentialité reprise ci-dessus : OUI NON

Je donne mon accord - Je ne donne pas mon accord

DateSignature.....

Et

Nom et prénom (du père, de la mère, du représentant légal) :

J'ai pris connaissance de la politique de confidentialité reprise ci-dessus : OUI NON

Je donne mon accord - Je ne donne pas mon accord

DateSignature.....

FAIT EN 2 EXEMPLAIRES À