Mentions sur les données personnelles

Vous êtes informé(e) que vos données à caractère personnel, collectées sur ce questionnaire, font l'objet d'un traitement auprès de la Fédération Française de Basket-Ball et/ou organes déconcentrés pour le suivi médical arbitres de la FFBB. Ces données personnelles sont destinées uniquement au personnel médical agréé avec lequel vous êtes en relation.

La base légale du traitement est liée aux dispositions du code du sport (articles L. 231-5 et s.) et à l'exercice d'une mission de service public. Ces données seront traitées et conservées pendant la durée nécessaire aux traitements.

Conformément à la réglementation en vigueur Loi « informatique et libertés » de 1978 modifiée et au Règlement Général sur la Protection des Données – Règlement UE 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'opposition, de rectification et d'effacement des données vous concernant.

Vous disposez également d'un droit à la portabilité de vos données ainsi qu'un droit à la limitation du traitement dans certains cas précis visés par le règlement européen n°2016/679 (RGPD). Ces droits peuvent être exercés directement en vous adressant par courrier à la FFBB, Délégué à la Protection des Données, 117 rue Château des Rentiers 75013 PARIS ou à l'aide du formulaire « Demande d'exercice des droits » accessible en ligne à l'adresse suivante http://www.ffbb.com/ffbb/droits/demande. Vous pouvez consulter la politique de la protection des données de la FFBB à partir de l'adresse suivante : http://www.ffbb.com/ffbb/politique-de-protection-des-donnees-personnelles.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

POUR LES ARBITRES MAJEURS

Je soussigné(e) NOM Prénom déclare être candidat(e) à la qualification d'arbitre. Je reconnais avoir pris connaissance des mentions sur les données personnelles et certifie sur l'honneur, l'exactitude des réponses apportées.

J'atteste avoir reçu et pris connaissance des "10 règles d'or" édictées par le club des Cardiologues du Sport.

A : Fait le :

Signature de l'arbitre :

POUR LES ARBITRES MINEURS

L'arbitre mineur

Je soussigné(e) NOM Prénom déclare être candidat(e) à la qualification d'arbitre. Je reconnais avoir pris connaissance des mentions sur les données personnelles et certifie sur l'honneur, l'exactitude des réponses apportées.

J'atteste avoir reçu et pris connaissance des "10 règles d'or" édictées par le club des Cardiologues du Sport.

A : Fait le :

Signature de l'arbitre :

Représentant légal de l'arbitre mineur

Je soussigné(e) NOM Prénom déclare autoriser : NOM Prénom à être candidat à la qualification d'arbitre.

Je reconnais avoir pris connaissance des mentions sur les données personnelles et certifie sur l'honneur, l'exactitude des réponses apportées.

J'atteste avoir reçu et pris connaissance des "10 règles d'or" édictées par le club des Cardiologues du Sport.

A : Fait le :

Signature du représentant légal de l'arbitre mineur :