

**AUTORISATION DE CONSULTATION DE DONNEES PERSONNELLES.**  
(Valable pendant toute la durée effective de l'adhésion)

Messieurs,

Je soussigné(e) Mme/M

autorise(nt) les salariés et les membres du conseil d'administration de SOLIANE à obtenir les informations nécessaires pour le suivi de mon dossier auprès des professionnels (médicaux, paramédicaux, établissements de prise en charge...) ou institutionnels (CAF, MDPH, sécurité sociale...) qui travaillent sur la prise en charge et/ou le projet de vie de mon enfant.

Ces informations restent confidentielles et ne pourront pas être transmises à des tiers par l'association sans mon accord, elles se limitent à l'accompagnement dont je bénéficie au sein de l'association SOLIANE. L'association SOLIANE ne se substitue pas à moi pour toutes les démarches à entreprendre ou les décisions à prendre. Je reste seul (e) décisionnaire.

À tout moment, je peux demander la communication et/ou la destruction des documents transmis auprès de l'association SOLIANE.

Joindre la copie de la pièce d'identité de l'utilisateur transmise pour authentifier la signature et l'identité du signataire de la présente. Ce document ne sera en aucun cas transmis à un tiers.

En application de la loi de 2018 sur le RGPD (registre général de protection des données), en cas de non renouvellement de mon adhésion arrivée à son terme, mon dossier à SOLIANE sera automatiquement détruit.

Pour faire valoir ce que de droit,

Fait à Marseille, Le

Signature du bénéficiaire :