

Vous nous avez exposé votre situation / la situation de.....  
qui requiert l'intervention de l'Equipe Relais Handicaps Rares Nord-Ouest.

À ce titre, il nous est nécessaire de disposer de certaines de vos informations personnelles et de santé afin de traiter au mieux votre demande.

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée et aux dispositions du Règlement général sur la protection des données (RGPD) du 27 avril 2016, nous vous invitons à renseigner et à signer ce formulaire autorisant le Groupement national de coopération handicaps rares (GNCHR), réseau au service de la personne en situation de handicap rare, de son entourage et des professionnels qui l'accompagnent, à traiter et à conserver vos données personnelles et de santé.

Vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, et de portabilité des informations recueillies en remplissant le formulaire d'exercice des droits en **Annexe 1** (à demander par mail à l'adresse [assistante.nordouest@erhr.fr](mailto:assistante.nordouest@erhr.fr), ou par téléphone au 02 35 56 07 59).

**Je soussigné(e) :**

Madame / Monsieur (*barrez la mention inutile*)

Nom : ..... Prénom : .....

Domicilié(e) au : .....

Adresse mail : .....

N° de téléphone (fixe et/ou portable) : .....

(Si) représentation légale de :

Qualité de la personne agissant : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse mail : .....

N° de téléphone (fixe et/ou portable) : .....



**Il est indispensable de fournir une copie du jugement à l'ERHR NO.**

**VOTRE CONSENTEMENT**

**Madame / Monsieur :**

Déclare accepter que mes informations personnelles et de santé soient recueillies par le GNCHR dans les conditions de traitement et de conservation susvisées pour **assurer mon accompagnement (ou celui de la personne concernée)** :

**Oui**

**Non**

Déclare accepter que mes / les informations personnelles et de santé soient recueillies par le GNCHR dans les conditions de traitement et de conservation susvisées **pour sa mission de recherches et d'analyses statistiques** :

Oui

Non

**Votre consentement permet le partage d'information aux professionnels du secteur social en application de l'article L.121-6-2 du code de l'action sociale et des familles. Le partage de ces informations est limité à ce qui est strictement nécessaire à l'accomplissement de la mission d'action sociale.**

Fait le ....., à ..... en deux exemplaires.

**Signature de la personne  
ou de son représentant légal**

**Cadre légal :**

*Les données personnelles et de santé collectées sont strictement recueillies dans le but d'assurer votre accompagnement par l'ERHR NO ainsi que la mission de recherches et d'analyses statistiques du GNCHR.  
Toutes les données personnelles et de santé recueillies par le GNCHR dans le cadre de sa mission de recherches et d'analyses statistiques sont anonymisées.*

*Les professionnels de l'ERHR NO ayant accès à vos données (personnelles et de santé) sont membres du Dispositif Intégré tels que décrits dans le « Troisième schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares 2021-2025 »*

*Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique automatisé dans le Système Commun d'Information du Dispositif Intégré (SCIDI) administré au niveau national par le GNCHR.*

*Le SCIDI permet l'échange et le partage d'informations pour garantir la coordination et la continuité de l'accompagnement et du suivi des personnes entre les différents acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires.*

*Votre consentement permet le partage d'information aux professionnels du secteur social en application de l'article L.121-6-2 du code de l'action sociale et des familles. Le partage de ces informations est limité à ce qui est strictement nécessaire à l'accomplissement de la mission d'action sociale.*

*Dans le cadre de votre accompagnement, vos données personnelles et de santé sont conservées pendant un délai maximum de trois ans à compter du dernier contact et ou échange avec l'ERHR NO le temps strictement nécessaire à la gestion de cette mission.*

*Dans le cadre de la mission de recherches et d'analyses statistiques, vos données personnelles et de santé sont conservées pendant un délai de dix ans à compter du recueil de votre consentement, temps strictement nécessaire à la réalisation de la mission du GNCHR. Toutes les données personnelles et de santé recueillies par le GNCHR dans le cadre de sa mission de recherches et d'analyses statistiques sont anonymisées.*

*Le Président du Centre Communal d'Action Social d'Yvetot au 17 rue Carnot, 76190 Yvetot a désigné l'ADICO sis à Beauvais (60000), 2 rue Jean Monnet en qualité de délégué à la protection des données.*

*Les données recueillies dans ce formulaire sont destinées à la réalisation du traitement de l'utilisateur dans Médiatream. Ce traitement est basé sur le consentement des personnes concernées. Les données ne sont destinées qu'au CCAS d'YVETOT et ne sont transmises à aucun tiers.*

*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, d'opposition et de portabilité des données vous concernant. Pour exercer ces droits, nous vous invitons à contacter le CCAS d'YVETOT par voie postale. 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.*