


## Formulaire de consentement des parents

Par ce formulaire, Au-delà Des Nuages vous informe du traitement de vos données personnelles et des photos de votre bébé pour lesquelles nous requérons votre consentement. Vous êtes invité(e) à prendre connaissance de notre déclaration de confidentialité que vous trouverez sur notre site [www.audeladesnuages.be](http://www.audeladesnuages.be) ou que vous pouvez obtenir via l'adresse mail [info@audeladesnuages.be](mailto:info@audeladesnuages.be)

Les photos sont uniquement destinées aux parents. Les photos ne sont jamais publiées ou affichées sans votre consentement explicite. Dans le cadre de nos activités, nous demandons une autorisation explicite, qui est décrite ci-dessous. Vous pouvez toujours revenir sur la décision prise.

Je donne mon consentement pour la publication du **prénom** de mon bébé dans **le ciel étoilé** d'Au-delà Des Nuages (à voir sur le site web [www.audeladesnuages.be](http://www.audeladesnuages.be)) 

Je donne mon consentement pour un partage **interne** (et strictement confidentiel) des photos pour que les photographes puissent apprendre les uns des autres.

Je donne mon consentement à Au-delà Des Nuages pour me **contacter** pour un éventuel consentement spécifique si Au-delà Des Nuages aurait besoin de photos pour faire une publication, par exemple dans un article de presse ou dans une brochure.  
**Le consentement explicite sera demandé. Les photos ne seront JAMAIS publiées sans votre consentement.** 

Je donne mon consentement à Au-delà Des Nuages pour me contacter pour des événements, enquêtes, rencontres avec les autres paranges et plus généralement pour les informations sur Au-delà Des Nuages.

Afin de pouvoir prendre les photos et vous les faire parvenir nous souhaitons obtenir les données personnelles suivantes :

Nom parents .....

Prénom(s) enfant(s) .....

Date de naissance .....

Nombre de semaines de grossesse .....

Sexe .....

Adresse .....

Numéro de téléphone .....

Adresse mail .....

Langue des parents .....

Hôpital .....

Nom du photographe .....

Vous êtes libre de nous communiquer vos coordonnées personnelles ou non. Merci de bien vouloir tenir compte du fait que dans l'absence de certaines coordonnées, la prestation de nos services sera rendue impossible.

Les données sont traitées uniquement en interne et ne sont jamais communiquées aux tiers extérieurs à notre organisation. La protection de vos données (personnelles) est importante pour nous et nous prenons les mesures nécessaires et organisationnelles pour protéger ces données contre toute perte, modification ou accès illicite. Toutefois, il s'agit d'une obligation de moyens et nous ne pouvons en aucun cas être tenus pour responsables si un tel événement se produit. Nous ne traitons vos données personnelles que le temps nécessaire et uniquement dans les buts concrets pour lesquels vous nous avez fourni ces données.



Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou de suppression de vos données et, dans certains cas, de limitation de leur traitement.

Vous avez le droit de révoquer votre consentement à tout moment. Ce retrait n'aura de conséquences que pour l'avenir. Si vous avez des questions ou plaintes dans le cadre du traitement de vos coordonnées personnelles et/ou de cette information, vous pouvez nous contacter via mail [info@audeladesnuages.be](mailto:info@audeladesnuages.be).

Par la signature de ce document, vous autorisez de manière explicite l'asbl Au-delà Des Nuages à traiter vos données personnelles conformément à ce qui est décrit ci-avant. En signant ce formulaire, j'autorise Au-delà Des Nuages à faire une séance photo.

Nom -----

Date -----

Signature -----

