

**Stratégie de tests antigéniques rapides**  
**Protection des données à caractère personnel**  
**Consentement**

<b>Prénom, Nom :</b>	
<b>Matricule :</b>	

Je soussigné(e) Madame/Monsieur

(Nom) \_\_\_\_\_

(Prénom) \_\_\_\_\_

donne mon consentement pour la transmission des données à caractère personnel ainsi que des résultats des tests au ministère de la Santé, à la fédération agréée et au club de sport affilié dans le contexte de la stratégie de tests antigéniques rapides SARS-CoV-2 dans le milieu sportif luxembourgeois prévu par la loi modifiée du 17 juillet 2020 sur les mesures de lutte contre la pandémie COVID-19.

Je suis informé(e) que je dispose du droit de demander l'accès aux données personnelles et d'obtenir leur copie voire leur rectification au cas où les données seraient erronées ou incomplètes. Je dispose aussi du droit à la limitation du traitement des données personnelles et du droit de m'opposer à leur utilisation ainsi que du droit à obtenir leur effacement aux conditions et limites prévues par la loi modifiée du 17 juillet 2020 sur les mesures de lutte contre la pandémie COVID-19 et par le règlement général sur la protection des données de l'Union européenne (2016/679).

En soumettant ce formulaire, j'accepte que les données personnelles soient traitées conformément à ce qui précède.

---

Signature  
(précédée de la mention « Lu et approuvé »)

Date