



FICHE DE RENSEIGNEMENTS ALLERGIE ET/OU TRAITEMENT



NOM :

PRENOM :

SITE D'ACTIVITES :

ALLERGIE (ALIMENTAIRE OU AUTRE)

TRAITEMENT

Ce document doit être transmis par envoi postal à la Communauté d'Agglomération Melun Val de Seine – Service des Sports –
297 rue Rousseau Vaudran 77190 Dammarie-lès-Lys

Reconnais avoir pris connaissance des mentions d'information décrivant le traitement de données personnelles "Sport Passion" :
https://melunvaldeseine.fr/wp-content/uploads/2026/01/Sport_Passion.pdf

A :

Le :

Signature :