

Objet : DISTRIBUTION DE MASQUES LAVABLES



**Composition de votre foyer :**

Nom .....	Prénom .....	Age .....
Nom .....	Prénom .....	Age .....
Nom .....	Prénom .....	Age .....
Nom .....	Prénom .....	Age .....
Nom .....	Prénom .....	Age .....
Nom .....	Prénom .....	Age .....
Nom .....	Prénom .....	Age .....
Nom .....	Prénom .....	Age .....

**Adresse postale de votre foyer :** .....

.....

33124 AUROS

**N° de portable :** ..... .....

En validant ce formulaire, vous consentez à ce que la mairie d'Auros traite les données personnelles recueillies.

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées sur un fichier informatisé par la mairie d'Auros pour vous apporter des informations communales.

Ces données sont conservées pendant 5 ans et sont destinées au secrétariat de mairie.

Conformément au règlement UE 2016-679 du 27 avril 2016, vous pouvez exercer votre droit d'accès, de rectification, à l'effacement, à la limitation, à la portabilité, ainsi qu'à l'opposition en contactant le 07 87 32 79 41.