

**Renouvellement du CCCAPH de Seneffe – à renvoyer pour le 11/01/2019.**

Je soussigné (e) - (Nom – Prénom) :

.....

Adresse :

.....

.....

Tel /gsm :

.....

Mail :

.....

Souhaite participer au renouvellement du CCCAPH et désire être informé(e) de la procédure à suivre.

*Date et signature*

*En soumettant ce formulaire d'inscription, j'accepte que les informations saisies dans ce formulaire soient utilisées et/ou exploitées et/ou traitées par la Commune de Seneffe et pour la Commune de Seneffe dans le but de renouveler le CCCAPH uniquement. Pour connaître et exercer vos droits, notamment de retrait de votre consentement à l'utilisation des données collectées par ce formulaire, vous pouvez à tout instant contacter la Commune de Seneffe à l'adresse mail suivante : [commune@seneffe.be](mailto:commune@seneffe.be) en indiquant dans l'objet de votre mail « RGPD ».*