

## Déclaration de consentement des Titulaires de la Responsabilité parentale

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_  
\_, titulaire de la Carte d'identité/Carte de citoyen n° \_\_\_\_\_, déclare expressément,  
en tant que père/mère ou représentant légal de  
\_\_\_\_\_  
mineur, titulaire de la Carte d'identité/Carte de citoyenne n° \_\_\_\_\_ (ci-après le  
« **Mineur** ») sur lequel j'exerce la responsabilité parentale, que j'autorise l'Association Sara  
Carreira, numéro unique d'immatriculation et d'identification de personne morale 516 369 652  
(ci-après « **Association** ») à procéder à la collecte et au traitement des données à caractère  
personnel du Mineur, uniquement et exclusivement pour les finalités décrites dans la  
*Politique de Confidentialité et de Cookies* de l'Association.

Fait à Lisbonne, le \_\_\_\_\_ 20

\_\_\_\_\_  
(Signature du titulaire de la responsabilité parentale)