**Habilitation à contrôler le passe sanitaire dans le cadre d’une rencontre de l’ACI**

Dans le contexte actuel de crise lié à la lutte contre la propagation du Covid-19, l’ACI continue d'assurer ses activités essentielles en veillant à respecter toutes les consignes de sécurité et sanitaires recommandées ou imposées par les pouvoirs publics.

A ce titre, depuis le 9 août, l’ACI doit contrôler le passe sanitaire de tout participant majeur .

Par la présente, X, Coordinateur du territoire de …, vous autorise à contrôler le passe sanitaire, au nom et pour le compte de l’ACI pour l’aider à assurer ses missions pendant la durée de cette crise liée à la lutte contre la propagation du Covid-19, des participants majeurs :

* Pour les activités suivantes : … (préciser la nature)

Lieux d’exercice : … (indiquer tous les lieux d’exercice des activités)

* Aux jours et horaires suivants : … (à préciser pour chaque activité)

Pour ce faire, vous utiliserez l’application TousAntiCovid Verif, téléchargée sur votre smartphone ou votre tablette.

En signant cette habilitation, vous, **Monsieur / Madame Prénom Nom,** confirmez votre engagement à exercer cette mission.

Dans le cadre de cette mission, vous vous engagez à vous conformer à toutes les instructions qui vous seront données par l’ACI par l'intermédiaire de responsable.

Particulièrement, vous pourrez être amené(e) à avoir accès aux données personnelles des participants aux rencontres de l’ACI: en signant la présente habilitation, vous prenez l’engagement de ne pas les divulguer, et cela sans restriction de durée, y compris au-delà de la date de fin de votre mission dans notre association. Votre engagement s'applique tant en interne vis-à-vis de l’ensemble des acteurs de l’ACI qu’en externe vis-à-vis de tout tiers.

Votre engagement prend effet à compter du : … DATE

Nous vous informons qu’un exemplaire de cette habilitation ainsi qu’un registre répertoriant les informations qui y figurent seront conservés le temps nécessaire pour justifier auprès des pouvoirs publics du respect de ses obligations par l’ACI. Pour protéger vos données personnelles, et conformément à la réglementation, ces documents ne seront rendus accessibles qu’aux seules personnes dont les missions le requièrent.

Vous remerciant vivement pour votre contribution à la mission de l’ACI nous vous prions d’agréer, Madame / Monsieur Prénom + Nom, l’expression de nos sincères salutations.

Signée en 2 exemplaires originaux (un pour le bénévole, un pour l’ACI)

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom Bénévole: | Nom et prénom représentant de l’ACI : |
| Signature : | Signature : |