

BULLETIN D'ADHESION ANNEE 2019

Nom et prénom de l'enfant :

(en cas d'adhésion pour un parcours coordonné)

Je soussigné,

NOM : Prénom :

Demeurant

N° Rue

Code Postal :

Commune :

Tél. Fax

E-Mail

Adhère au Réseau PLURADYS pour l'année en cours et l'année qui suit.

En tant que :

Parent, 10 €

J'ai décidé d'effectuer un don au Réseau PLURADYS, soit €

Le paiement peut être réalisé en ligne sur le site de PLURADYS ou par envoi d'un chèque par courrier postal.

Mon adhésion sera valable pour l'année en cours et l'année civile qui suivra. Si je souhaite renouveler mon adhésion, à l'issue de cette première période, je devrais m'acquitter d'une nouvelle cotisation, d'un montant de 5€, avec une adhésion alors reconduite pour 2 ans.

Je reconnais avoir pris connaissance des statuts de l'association PLURADYS et du guide des procédures du Réseau PLURADYS. Je m'engage à m'y conformer en tout point sous peine de me voir radié conformément à l'article 6 des statuts de l'association PLURADYS.

Fait le A

Signature

(précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé »)



Depuis le 25 mai 2018, la réglementation a évolué avec l'entrée en application du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) au sein de l'Union Européenne. Ce règlement introduit la garantie de niveaux de sécurité et de confidentialité élevés lors de la collecte et du traitement de vos données personnelles.

Les données vous concernant - administratives (nom, prénom, adresse mail et postale, téléphone) et médicales (comptes rendus professionnels et documents de synthèse du réseau) - sont uniquement destinées au traitement du dossier patient informatisé, ce dossier étant aussi stocké sous format papier, accessible à votre demande.

Nous vous rappelons que, si vous ne souhaitez plus recevoir d'informations ou de communications par courrier papier ou électronique, vous pouvez modifier vos données personnelles et/ou retirer votre consentement à tout moment en envoyant un message à l'adresse direction@pluradys.org



CONSENTEMENT (à remplir obligatoirement)

Je soussigné(e)....., tuteur légal de l'enfant , accepte de réaliser le parcours coordonné tel que décrit dans le guide de procédures.

Selon votre situation et les éléments transmis, une des ces trois trajectoires vous sera proposée :

Trajectoire 1) Des conseils relatifs à votre parcours seront formulés. Un courrier sera adressé à votre médecin traitant et au professionnel qui vous a orienté.

Trajectoire 2) Une réunion de synthèse pluridisciplinaire sera organisée. Les professionnels intervenant auprès de l'enfant y seront conviés.

Trajectoire 3) Des évaluations complémentaires, avec prise en charge financière partielle par le réseau vous sont proposées. Une synthèse pluridisciplinaire sera organisée une fois les évaluations réalisées. Les professionnels intervenant auprès de l'enfant y seront conviés.

En conséquence, pour les trajectoires 2 et 3, les professionnels suivants seront invités à participer à la réunion de synthèse concernant mon enfant, réunion organisée par le réseau PLURADYS :

Professionnels suivants mon enfant avant le parcours PLURADYS

Professionnels qui réaliseront les consultations préconisées

Autres professionnels :

Mention particulière :

Quelque soit la trajectoire :

Conformément aux engagements pris en adhérant à PLURADYS, j'autorise le réseau à diffuser l'ensemble des comptes-rendus des bilans réalisés et des réunions à l'ensemble de ces professionnels, y compris **le médecin scolaire et le psychologue scolaire** du secteur (cf. guide des procédures)

J'accepte que les données concernant mon enfant soient traitées informatiquement sur un site protégé, consultables uniquement par les professionnels sus-cités.

Je n'autorise pas PLURADYS à diffuser l'ensemble des comptes-rendus des bilans réalisés à l'ensemble des professionnels. Je contacte donc le coordinateur de santé pour envisager la fin du parcours.

Fait le :

Signature :