

## BULLETIN D'ADHESION ANNEE 2023

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 suivante.**

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](mailto:direction@pluradys.org)



**CONSENTEMENT (à remplir obligatoirement)**

Je soussigné(e),....., tuteur légal de l'enfant ..... , sollicite la réalisation du parcours coordonné tel que décrit dans le guide de procédures.

Afin d'étudier au mieux la situation de mon enfant, **j'autorise le réseau PLURADYS à contacter, dès réception de ce bulletin d'adhésion et du dossier complet :**

- Les professionnels qui suivent mon enfant
- Le professionnel qui m'a orienté vers PLURADYS (le cas échéant)

Afin de leur demander s'ils souhaitent porter à la connaissance des professionnels de santé du réseau PLURADYS des éléments utiles à la prise en compte de la situation de mon enfant.

**A l'issue de l'entretien initial de coordination, selon votre situation et les éléments transmis, un de ces trois parcours vous sera proposée :**

|                   |   |
|-------------------|---|
| <b>Parcours 1</b> | Des conseils relatifs à votre parcours seront formulés. Un courrier sera adressé à votre médecin traitant et aux professionnels qui suivent votre enfant.   |
| <b>Parcours 2</b> | Une réunion de synthèse pluridisciplinaire sera organisée. Les professionnels intervenant auprès de l'enfant y seront conviés, y compris le médecin scolaire et psychologue scolaire du secteur de l'école de votre enfant.   |
| <b>Parcours 3</b> | 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, y compris le médecin scolaire et psychologue scolaire du secteur de l'école de votre enfant. |

**J'accepte que l'ensemble de ces professionnels reçoive le compte-rendu de l'entretien initial et soit convié aux réunions de synthèses.**

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

**J'ai lu et j'approuve les procédures du parcours patient organisé par le réseau de santé PLURADYS**

Fait le :.....

Signature :