



Nom et prénom de l'enfant :

## BULLETIN D'ADHESION ANNEE 2026

*Le dispositif de coordination CAP'TND est porté par l'association PLURADYS. Pour bénéficier des services de ce dispositif, vous devez donc adhérer à l'association.*

Je soussigné(e),

NOM :..... Prénom :.....

Demeurant

N° ..... Rue .....

Code Postal :.....

Commune :.....

Tél. .... Fax .....

E-Mail .....

### Adhère à l'association PLURADYS pour l'année en cours et l'année suivante.

En tant que :

Parent, 10 €

J'ai décidé d'effectuer un don à 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 dispositif de coordination CAP'TND selon mes besoins. 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 dispositif) - sont uniquement destinées au traitement du dossier patient informatisé, accessible à votre demande. Le dossier est stocké également en format papier si vous l'avez transmis ainsi. Nous vous rappelons que, si vous ne souhaitez plus recevoir d'information ou de communication 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 CAP'TND tel que décrit dans le guide de procédures.

Je confirme que :

- je vis avec le parent 2
- je suis séparé(e) du parent 2 et je l'ai informé de la démarche avec laquelle il est d'accord
- je suis séparé(e) du parent 2 et je déclare ne pas avoir ses coordonnées

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

- Les professionnels qui suivent mon enfant (santé, psychologue, éducatif, travailleur social, y compris au sein de l'Education nationale)
- Le professionnel qui m'a orienté vers PLURADYS (le cas échéant)

Ces professionnels pourront porter à la connaissance des professionnels ressources CAP'TND tout élément utile à la prise en compte de la situation de mon enfant.

**A l'issue de l'Entretien d'Analyse des Besoins de Coordination, selon votre situation et les éléments transmis, plusieurs propositions pourront être formulées :**

- Des conseils, des ressources, et une réorientation éventuelle vers d'autres dispositifs, en cas de non-inclusion au dispositif CAP'TND
- Un parcours diagnostique coordonné avec réalisation de consultations complémentaires selon les besoins, suivi d'une synthèse pluridisciplinaire, pour les jeunes de + de 7 ans ou 12 ans selon l'état de déploiement de la PCO de votre département,
- Des entretiens basés sur la psychoéducation
- Des programmes d'Education Thérapeutique du Patient ou de groupes d'entraînements thématiques
- Une coordination des interventions thérapeutiques, des actions éducatives, scolaires et familiales.
- Un appui auprès des professionnels pour élaborer conjointement des objectifs d'intervention, ciblés et fonctionnels.

**J'accepte que ces professionnels reçoivent les comptes-rendus des entretiens et 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 (accès sécurisé).**

**J'ai lu et j'approuve les procédures de l'accompagnement organisé par le dispositif CAP'TND de l'association PLURADYS**

Fait le : .....

Signature :

