



.....
miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

.....
ulica i numer domu

.....
kod pocztowy, poczta

.....
numer telefonu

Wniosek o przyjęcie do MOS

**Dyrekcja Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii
„Dom Matki Antoniny Mirskiej”
ul. Krasieńskiego 33
37-700 Przemysł**

Zwracam się z prośbą o przyjęcie
imię i nazwisko dziecka

ur. w PESEL

zamieszkałej
**do Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii „Dom Matki Antoniny Mirskiej” w Przemysłu,
ul. Krasieńskiego 33 oraz do Niepublicznej Szkoły Branżowej im. Matki Antoniny
Mirskiej do klasy na rok szkolny 20...../20..... zgodnie z orzeczeniem
o potrzebie kształcenia specjalnego nr wydanym w dniu.....
przez.....**

Uzasadnienie:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego

PODANIE
DO NIEPUBLICZNEJ SZKOŁY BRANŻOWEJ I STOPNIA
IM. M.A. MIRSKIEJ W PRZEMYŚLU

Uwaga! Karte wypełnić pismem drukowanym

DANE OSOBOWE NIEZBĘDNE DO REKRUTACJI																						
Nazwisko																						
Imię / imiona																						
Data urodzenia (miesiąc wpisać słownie)																						
Miejsce urodzenia																						
Adres zamieszkania																						
Ukończona szkoła, adres																						
PESEL	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					
DANE MATKI (PRAWNEGO OPIEKUNA)																						
Nazwisko i imię																						
Adres zamieszkania																						
Telefon kontaktowy																						
DANE OJCA (PRAWNEGO OPIEKUNA)																						
Nazwisko i imię																						
Adres zamieszkania																						
Telefon kontaktowy																						
DANE PRAWNEGO OPIEKUNA (INNY NIŻ RODZICE)																						
Nazwisko i imię																						
Adres zamieszkania																						
Telefon kontaktowy																						
DANE DODATKOWE																						
Ukończona szkoła	<input type="checkbox"/> PODSTAWOWA	<input type="checkbox"/> GIMNAZJUM																				
Wybrany kierunek kształcenia na rok szkolny 2019 / 2020	<input type="checkbox"/> KUCHARZ	<input type="checkbox"/>																				
Zgoda na wykorzystanie wizerunku dziecka (w publikacjach papierowych i elektronicznych, w tym internetowych, związanych z życiem szkoły)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE																				
DO PODANIA NALEŻY DOŁĄCZYĆ																						
Orzeczenie poradni psychologiczno-pedagogicznej	<input type="checkbox"/>																					
3 zdjęcia (podpisane na odwrocie)	<input type="checkbox"/>																					
Świadectwo ukończenia gimnazjum / szkoły podstawowej (oryginał)	<input type="checkbox"/>																					
Zaświadczenie OKE z egzaminu gimnazjalnego/ósmoklasisty (oryginał)	<input type="checkbox"/>																					
Karta zdrowia	<input type="checkbox"/>																					
Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do kształcenia w zawodzie (wydawane na podstawie skierowania wystawionego przez szkołę)	<input type="checkbox"/>																					
Pracownicza książeczka zdrowia do celów sanitarno-epidemiologicznych	<input type="checkbox"/>																					



Młodzieżowy Ośrodek Socjoterapii w Przemyślu „Dom Matki Antoniny Mirskiej”
ul. Krasieńskiego 33, 37-700 Przemyśl tel./fax: 16 670 72 55 lub 601 957 778
e-mail: kontakt@zsob.pl strona www: www.mos-przemysl.pl

- administratorem danych jest Młodzieżowy Ośrodek Socjoterapii w Przemyślu,,
- dane kontaktowe będą przetwarzane wyłącznie w celu szybkiego kontaktu z rodzicem lub prawnym opiekunem dziecka w nagłych okolicznościach,
- dane dot. wizerunku dziecka będą wykorzystywane wyłącznie w publikacjach papierowych i elektronicznych, w tym internetowych, związanych z życiem szkoły.
- dane nie będą udostępniane podmiotom innym niż upoważnione na podstawie przepisów prawa,
- przysługuje mi prawo dostępu do treści danych oraz ich poprawiania,
- **dane podaję dobrowolnie jednocześnie wyrażając zgodę na ich przetwarzanie zgodnie z celem podanym powyżej.**

Data.....

Podpis czytelny MATKI (prawnego opiekuna)

.....

Podpis czytelny uczennicy

Podpis czytelny OJCA (prawnego opiekuna)

.....

.....

Podpis czytelny PRAWNEGO OPIEKUNA

.....

DANE DZIECKA:

Nazwisko	Imiona										
Data urodz.	Miejsce urodz.										
PESEL <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>
Klasa	Powtarza klasę/nie powtarza										

ADRES ZAMIESZKANIA DZIECKA:

Kod pocztowy	Poczta
Miejscowość	ulica
Nr domu	Nr lokalu
Gmina	Powiat
Województwo	Numer telefonu

ADRES ZAMELDOWANIA DZIECKA (wpisać, jeśli jest inny od adresu zamieszkania)

Kod pocztowy	Poczta
Miejscowość	ulica
Nr domu	Nr lokalu
Gmina	Powiat
Województwo	Numer telefonu

DANE RODZICÓW

Nazwisko matki	Imiona
Adres zamieszkania	
Miejsce pracy/zawód	
Tel. komórkowy	e-mail
Władza rodzicielska matki /właściwe podkreślić/	
<input type="radio"/> pełna <input type="radio"/> ograniczona <input type="radio"/> pozbawiona	

Nazwisko ojca	Imiona
Adres zamieszkania	
Miejsce pracy / zawód	
Tel. komórkowy	e-mail
Władza rodzicielska ojca /właściwe podkreślić/	
<input type="radio"/> pełna <input type="radio"/> ograniczona <input type="radio"/> pozbawiony	

DANE OPIEKUNÓW PRAWNYCH DZIECKA

Nazwisko	Imiona
Adres zamieszkania (jeśli inny niż adres dziecka)	
.....	
Miejsce pracy
Tel. komórkowy	e-mail

DANE PLACÓWKI, W KTÓREJ AKTUALNIE PRZEBYWA DZIECKO

Nazwa placówki	
Kod pocztowy	miejsowość
ulica	numer lokalu
.....	
Powiat	województwo
Tel. komórkowy	e-mail

DODATKOWE INFORMACJE RODZICÓW:

Informacje dotyczące stanu zdrowia dziecka (np. alergie, przewlekłe schorzenia, przebyte choroby, aktualne zalecenia lekarskie, zażywane leki itd.) oraz inne, które mogą być pomocne w planowaniu pracy opiekuńczo-wychowawczej:

--

Informujemy, że

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Młodzieżowy Ośrodek Socjoterapii w Przemyślu, ul. Krasieńskiego 33. Kontakt z administratorem możliwy jest pod adresem e-mail: kontakt@zsob.pl, listownie lub pod numerem tel. 16 670 72 55 lub tel. komórkowy 601 957 778.
2. Pani/Pana dane osobowe są zbierane i przetwarzane przez administratora danych w celu realizacji programu wychowawczo-edukacyjnego w naszej Placówce. Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych raz na pół roku.
3. Dane osobowe podaje Pani/Pan dobrowolnie. Administrator danych osobowych uprzejmie informuje, że nie ma Pani/Pan prawnego obowiązku podania swoich danych osobowych, a ich podanie nie jest przymusowe.
4. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych, może być przez Panią /Pana wycofana w każdej chwili.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na zasadach określonych w ustawie z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tj.: Dz.U. z 2002r. Nr 101, poz.962 ze zm.), przez Młodzieżowy Ośrodek Socjoterapii w Przemyślu, w celu realizacji programu wychowawczo-edukacyjnego w naszej Placówce. Oświadczam, że zostałem(-am) poinformowany(-a) przez administratora danych o okolicznościach wskazanych powyżej. Oświadczam, że informacje podane w kwestionariuszu są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
data

.....
podpis rodzica / opiekuna

OŚWIADCZENIE RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO

Umieszczenie dziecka w Placówce nie zwalnia rodziców z obowiązku wychowania i opieki nad dzieckiem. Wychowawcy nie wyręczają rodziców lecz pomagają im w przezwyciężaniu trudności wychowawczych i szkolnych dziecka.

Będąc świadomym powyższego, ja: matka, ojciec, opiekun prawny wypełniam poniższe Oświadczenie i zobowiązuję się do przestrzegania wszystkich zasad współpracy z Ośrodkiem dla dobra mojego dziecka.

ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO:

1. Systematycznego i terminowego regulowania opłat za wyżywienie, zakwaterowanie i innych opłat zgodnie z regulaminem Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii w Przemyślu.
2. Ponoszenia odpowiedzialności materialnej za szkody wynikające z winy córki (pokrywania kosztów zniszczeń sprzętu lub urządzeń stanowiących własność Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii, jej pracowników lub mieszkańców).
3. Stałego i systematycznego kontaktu z Dyrekcją, wychowawcą grupy i wychowawcą klasy oraz stawiania się w Ośrodku na każde pisemne lub telefoniczne wezwanie Dyrekcji lub wychowawcy.
4. Bezwzględnej obecności w szkole i w placówce przynajmniej raz w miesiącu, bądź stałego i regularnego kontaktu z Dyrekcją Ośrodka i Szkoły, wychowawcami, nauczycielami lub pedagogiem.
5. Natychmiastowego osobistego kontaktu z Dyrekcją lub wychowawcami MOS w nagłych przypadkach dotyczących zdrowia córki i innych problemów związanych z pobytem w Ośrodku.
6. Zobowiązuję się do odbioru wszystkich rzeczy wychowanki w przypadku jej odejścia z Placówki w przeciągu miesiąca od opuszczenia Ośrodka. Za rzeczy wychowanek, które uciekły z Ośrodka, placówka nie ponosi odpowiedzialności.
7. Zobowiązuję się informować na bieżąco Dyrekcję Ośrodka w przypadku zmiany mojego miejsca zamieszkania oraz numeru telefonu kontaktowego.
8. W przypadku ucieczki wychowanki z Ośrodka zobowiązuję się do pokrycia kosztów związanych z przewozem wychowanki z miejsca ucieczki do Ośrodka.
9. Zobowiązuję się do respektowania wymogów regulaminu Ośrodka, m.in. dotyczących:
 - a) wyposażenia córki przebywającej w Ośrodku w:
 - odzież, bieliznę osobistą (piżama, ręczniki, szlafrok),
 - przedmioty higieny osobistej (mydło, szampon, proszek do prania, chusteczki higieniczne, podpaski),
 - podręczniki i przybory szkolne,
 - odpowiednie obuwie (do szkoły – obuwie miękkie (kapatki, lub wygodne sandały),
 - strój na niedzielę, którego dziewczęta nie zabierają do domu,
 - strój gimnastyczny (dres) i adidas lub tenisówki z białą podeszwą na W-F.
 - b) wyglądu zewnętrznego:
 - ubiór wychowanki winien odznaczać się skromnością (spódnica co najmniej do kolan, bez rozporków, bluzki bez dekoltu, zakrywające brzuch, nie porwane spodnie, buty bez obcasów),
 - wychowanki są zobowiązane upinać włosy, nie powinny ich farbować, nie używają makijażu.
 - c) innych ustaleń – w Ośrodku obowiązuje:



- bezwzględny zakaz posiadania i spożywania wszelkich używek (alkohol, narkotyki, papierosy itp.)
 - zakaz żucia gumy,
 - posiadania telefonów komórkowych, MP4, prywatnego radia, magnetofonów i innych sprzętów RTV.
 - zakaz pożyczania rzeczy pomiędzy wychowankami.
10. Regularnego, comiesięcznego wnoszenia opłaty za pobyt dziecka w placówce w wysokości **500 zł**. Wpłaty należy dokonać do 15 dnia każdego miesiąca gotówką lub na konto bankowe Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii:
- Numer konta bankowego Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii:
12 1240 6348 1111 0010 4788 0248
 - Zobowiązanie dotyczy także wpłaty
 - **100 zł/rok** – wydatki klasowe, płatne do dnia 15 listopada/
 - **100 zł/** wyjazdy i warsztaty socjoterapeutyczne lub realizowany program socjoterapeutyczny, płatne do dnia 15 listopada/

WYRAŻAM ZGODĘ NA:

- 1) Wyrażam zgodę na przetwarzanie i udostępnianie danych osobowych moich i mojej córki/podopiecznej administrowanych przez Młodzieżowy Ośrodek Socjoterapii w Przemyślu – zgodnie z Ustawą z dnia 29-08-1997r. o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. nr 133 poz. 883).
- 2) Wyrażam zgodę na nieodpłatne utrwalanie i upowszechnianie wizerunku mojej córki/podopiecznej w formie fotografii cyfrowej i analogowej, nagrań wideo – zgodnie z art. 81 ust. 1 ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych z dnia 4 lutego 1994r. (Dz. u. 2006r nr 90 poz. 631 z późn. zm.) w celach realizacji zadań statutowych placówki.
- 3) W razie nagłej choroby lub konieczności zabiegu mojego dziecka wyrażam zgodę na badania, leczenie ambulatoryjne i szpitalne w poradniach oraz placówkach leczniczych, konsultacje psychiatryczne oraz podawanie leków przepisanych przez lekarza pierwszego kontaktu, lekarza specjalistę lub środków farmakologicznych doraźnych w sytuacjach np. gorączki, bólu, podczas pobytu w Młodzieżowym Ośrodku Socjoterapii w Przemyślu.
- 4) Wyrażam zgodę na udział mojej córki/podopiecznej w zawodach sportowych oraz imprezach i wycieczkach organizowanych przez Młodzieżowy Ośrodek Socjoterapii w Przemyślu poza terenem placówki.
- 5) Wyrażam zgodę na udział mojej córki/podopiecznej w zajęciach edukacyjnych wychowania do życia w rodzinie oraz w lekcjach religii.
- 6) Wyrażam zgodę na wykonywanie przez moją córkę/podopieczną zajęć/dyżurów porządkowych związanych z całym okresem pobytu dziecka w placówce.
- 7) Wyrażam zgodę na sformułowanie i wdrożenie dla mojego dziecka indywidualnego programu edukacyjno-terapeutycznego (IPET). W tym celu upoważniam Dyrekcję MOS w Przemyślu do:
 - powoływania zespołów specjalistów skupiających nauczycieli, wychowawców grup oraz specjalistów prowadzących zajęcia z wychowanką,
 - regularnych prac zespołów bez obowiązku udziału rodziców-opiekunów prawnych,
 - podejmowania działań zgodnych z potrzebami rozwojowymi lub edukacyjnymi i psychofizycznymi wychowanki, szczególnie do prowadzenia socjoterapii, psychoterapii i diagnostyki z uwzględnieniem badań w poradniach specjalistycznych i konsultacji medycznych.



Przepustki i kontakty

1. Wyrażam zgodę /nie wyrażam zgody/ na **samodzielny przejazd córki/podopiecznej w czasie przepustki do domu rodzinnego/placówki opiekuńczej** z Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii. Ponoszę pełną odpowiedzialność za życie i zdrowie mojego dziecka/podopiecznej w czasie podróży z i do Ośrodka. Zgodę wyrażam na cały okres pobytu dziecka w Młodzieżowym Ośrodku Socjoterapii w Przemyślu.
2. Wyrażam zgodę na poddanie mojego *dziecka/podopiecznej* badaniu alkomatem w sytuacjach wskazujących na spożycie alkoholu lub wykonania testów na zawartość narkotyków
3. **Zobowiązuję się do** zabierania mojej córki/podopiecznej na przepustki w dni ustalone z wychowawcą (wychowankę odebrać może tylko rodzic, opiekun prawny lub upoważniona osoba pełnoletnia) i punktualnego przywożenia z przepustki. Dyrekcja MOS zastrzega sobie prawo do ustalania innego trybu wyjazdów w dni wolne z przyczyn uzasadnionych Regulaminem MOS.
4. Po powrocie z przepustki, zobowiązuję się do informowania wychowawcy grupy o zachowaniu córki w czasie przebywania w domu.

Następujące osoby pełnoletnie upoważniam do odbioru mojego dziecka/podopiecznej z Ośrodka:

1.
/nazwisko i imię/ /pokrewieństwo/ /nr dowodu osobistego/ /nr telefonu/
2.
/nazwisko i imię/ /pokrewieństwo/ /nr dowodu osobistego/ /nr telefonu/
3.
/nazwisko i imię/ /pokrewieństwo/ /nr dowodu osobistego/ /nr telefonu/

Biorę na siebie pełną odpowiedzialność za zdrowie, bezpieczeństwo i czyny mojej córki/podopiecznej podczas przepustek z Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii w Przemyślu – od czasu wyjścia do powrotu do placówki.

Zgadzam się na **możliwość odwiedzania** mojej córki/podopiecznej w MOS Przemyśl przez następujące osoby:

1.
/nazwisko i imię/ /pokrewieństwo/ /nr dowodu osobistego/ /nr telefonu/
2.
/nazwisko i imię/ /pokrewieństwo/ /nr dowodu osobistego/ /nr telefonu/
3.
/nazwisko i imię/ /pokrewieństwo/ /nr dowodu osobistego/ /nr telefonu/.

Zgadzam się na **możliwość rozmów telefonicznych** przez moją córkę/podopieczną z następującymi osobami:

1.
2.
3.

Rozmowy z osobami, które nie należą do rodziny zależne są od indywidualnej pracy wychowanki nad sobą, kryteriów określonych z Motywacyjnym Systemie Wzrostu oraz od decyzji wychowawców.

Rodzic (opiekun) ma prawo:

11. Do osobistego odbierania dziecka na przepustkę sobotnio-niedzielną w piątek od godz. 14.00 (odbierać może tylko rodzic, opiekun prawny lub osoba pełnoletnia upoważniona przez rodziców lub opiekunów na piśmie) i punktualnego przywożenia w niedzielę do godz. 17⁰⁰. Każdorazowy wyjazd dziecka na przepustkę winien być uzgadniany z wychowawcą grupy i uzyskać aprobatę dyrektora Ośrodka i Szkoły. Indywidualne wyjazdy dziewcząt do miejsca zamieszkania wymagają uzgodnienia z wychowawcą i pisemnej zgody rodzica/opiekuna prawnego wychowanki.
12. Do uzyskania informacji w sprawie dziecka, jego zachowania, postępów i przyczyn trudności wychowawczych.
13. Do uzyskiwania wskazówek i porad w sprawach wychowania i dalszego kształcenia swej córki.
14. Odwiedzin dziecka (najlepiej w dni wolne od nauki szkolnej) i zabierania na przepustki za zgodą: Dyrekcji Ośrodka i wychowawcy oraz kontaktu telefonicznego

Wychowanki mają prawo do:

- Odbierania listów i paczek od rodziców, opiekunów lub upoważnionych osób.
- Kontaktu telefonicznego tylko z rodzicami, opiekunami lub upoważnionymi osobami (wychowanka nie może posiadać telefonu komórkowego).
- Odwiedzin i wyjazdu na przepustki wg zasad ustalonych przez rodziców i wychowawców.

Ponadto przyjmuje do wiadomości, że:

15. Wychowawczynie ma prawo do kontroli rzeczy wychowanki przy przyjęciu do placówki i każdorazowo po powrocie z przepustki oraz odbierania: papierosów, zapalek, alkoholu, środków odurzających, telefonów komórkowych, przedmiotów niebezpiecznych lub związanych z grupami nieformalnymi. Kontroli podlegają także przesyłki i korespondencja od osób spoza rodziny, dlatego rodzice są zobowiązani na przesyłkach umieszczać adres nadawcy.
16. W przypadku podejrzenia o posiadanie lub używanie środków odurzających wychowawca ma prawo wykonać test na obecność narkotyków, który jest zakupiony na koszt wychowanki.
17. Za rzeczy zaginione, przedmioty wartościowe, pieniądze, które nie zostały zgłoszone i oddane wychowawczynie do przechowania Ośrodek nie ponosi odpowiedzialności.
18. Wychowanka przebywająca w Ośrodku – placówce katolickiej uczestniczy codziennie w modlitwie porannej i wieczornej, Koronce do Miłosierdzia Bożego, w niedzielę i w pierwszy piątek miesiąca uczestniczy we Mszy św., spowiedzi - co najmniej raz w miesiącu, w okresie Adwentu uczestniczy w Roratach, w okresie Wielkiego Postu w Gorzkich Żalach, Drodze Krzyżowej, w nabożeństwach okresowych oraz innych świętach kościelnych.

Ze wszystkimi powyższymi punktami zasad współpracy rodziców lub opiekunów prawnych, obowiązujących w Młodzieżowym Ośrodku Socjoterapii „Dom Matki Antoniny Mirskiej w Przemyślu, zapoznałem/am się i zobowiązuję się do ich realizacji:

.....
/data/ miejscowość / czytelny podpis rodzica/opiekuna/



Młodzieżowy Ośrodek Socjoterapii w Przemysłu „Dom Matki Antoniny Mirskiej”
ul. Krasieńskiego 33, 37-700 Przemysł tel./fax: 16 670 72 55 lub 601 957 778
e-mail: kontakt@zsob.pl strona www: www.mos-przemysl.pl

OŚWIADCZENIE WYCHOWANKI O ZAPOZNANIU SIĘ Z REGULAMINEM

Oświadczam, że zapoznałam się z regulaminem Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii w Przemysłu i zobowiązuję się wypełniać wszystkie zawarte w nim zasady. Posiadam świadomość konsekwencji, wynikających z nieprzestrzegania przyjętych w Ośrodku norm codziennego życia i postępowania.

.....
/data/ /miejsowość/ /czytelny podpis wychowanki/

WNIOSEK W SPRAWIE ZORGANIZOWANIA ZAJĘĆ RELIGII W NIEPUBLICZNEJ SZKOLE BRANŻOWEJ

Wnioskuje o zorganizowanie zajęć z religii rzymskokatolickiej w roku szkolnym 201...../201..... dla uczęszczającej do klasy w Niepublicznej Szkole Branżowej im. Matki Antoniny Mirskiej.

.....
/data/ /miejsowość/ /czytelny podpis opiekuna/rodzica/



ZGODA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO NA LECZENIE SZPITALNE DZIECKA

Ja niżej podpisana/y matka/ojciec/opiekun prawny legitymujący się dowodem osobistym

Dane rodzica / opiekuna prawnego:

- Imię i nazwisko
- Data urodzenia
- PESEL
- Seria i numer dowodu osobistego.....
- Adres zamieszkania.....
- Tel. kontaktowy

wyrażam zgodę na leczenie szpitalne, w tym znieczulenie ogólne i zabiegi operacyjne mojego dziecka/podopiecznej:

.....
imię i nazwisko wychowanki

.....
data i miejsce urodzenia PESEL

.....
adres zameldowania wychowanki

.....
adres czasowego pobytu wychowanki

Nazwa kasy chorych.....

.....
miejscowość, data

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego

Stwierdzam zgodność danych rodzica/opiekuna prawnego legitymujące się dowodem osobistym.

.....
miejscowość, data

.....
podpis osoby potwierdzającej dane
(pracownik Ośrodka)

Informujemy, że:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Młodzieżowy Ośrodek Socjoterapii w Przemyslu, ul. Krasieńskiego 33. Kontakt z administratorem możliwy jest pod adresem e-mail: kontakt@zsob.pl, listownie lub pod numerem tel. 16/670 72 55 lub tel. komórkowy 601 957 778.
- 2) Pani/Pana dane osobowe są zbierane i przetwarzane przez administratora danych w celu zapewnienia dziecku niezbędnej opieki medycznej podczas pobytu w naszej Placówce. Ma Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych osobowych raz na pół roku.
- 3) Dane osobowe podaje Pani/Pan dobrowolnie. Administrator danych osobowych uprzejmie informuje, że nie ma Pani/Pan prawnego obowiązku podania swoich danych osobowych, a ich podanie nie jest przymusowe
- 4) Zgoda na przetwarzanie danych osobowych, może być przez Panią /Pana wycofana w każdej chwili.

DOKUMENTACJA

W dniu w Młodzieżowym Ośrodku Socjoterapii w Przemyslu złożone zostały poniższe dokumenty:

L.p.	Dokumenty - MOS	Oryginał	Kopia
1.	Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego		
2.	Orzeczenie o niepełnosprawności (jeśli dziecko posiada)		
3.	Skierowanie do MOS w Przemyslu		
4.	Wniosek o przyjęcie do MOS		
5.	Dane wychowanki i rodziców		
6.	Oświadczenie rodzica/opiekuna prawnego		
7.	Odpis aktu urodzenia		
8.	Świadectwo Chrztu Św.		
9.	Potwierdzenie zameldowania		
10.	Zaświadczenie potwierdzające ubezpieczenie dziecka		
11.	Opinie i wyniki badań psychologicznych i lekarskich		
12.	Karta zdrowia ucznia		

L.p.	Dokumenty - Szkoła	Oryginał	Kopia
1.	Podanie o przyjęcie do Szkoły		
2.	Świadectwo ukończenia Szkoły Podstawowej lub Gimnazjum		
3.	Zaświadczenie OKE o wynikach egzaminów końcowych		
4.	Zdjęcia legitymacyjne 3 szt.		
5.	Opinia pedagoga szkolnego		

.....
podpis pracownika MOS

.....
podpis rodzica/opiekuna