



**MŁODZIEŻOWY OŚRODEK SOCJOTERAPII „PAŁACYK”**  
**UL. KRYCHNOWICKA 1, 26-607 RADOM**  
tel./fax: 48 33 24 559; 48 33 24 603 tel. kom.: 605 056 138  
[sekretariat@mosradom.pl](mailto:sekretariat@mosradom.pl) [www.mosradompalacyk.pl](http://www.mosradompalacyk.pl)

---

.....  
data i miejscowość

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

imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego,  
adres zamieszkania, telefon kontaktowy

**Dyrekcja**  
**Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii Pałacyk”**  
**ul. Krychnowicka 1**  
**26-600 Radom**

Zwracam się z prośbą o przyjęcie ....., ur. ....  
w ....., pesel ..... do Młodzieżowego Ośrodka  
Socjoterapii „Pałacyk” w Radomiu, ul. Krychnowicka 1.

Uzasadnienie (proszę krótko opisać powody umieszczenia dziecka w placówce):

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

.....  
podpis rodzica/opiekuna prawnego



### **Kontrakt dla rodziców/opiekunów prawnych/osób uprawnionych**

Zobowiązuję się do współpracy z przedstawicielami Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii „Pałac” w Radomiu poprzez:

1. Osobiste wizyty w placówce, systematyczny kontakt telefoniczny w celu uzyskania informacji o zachowaniu, postępach w nauce i terapii dziecka

.....  
(imię i nazwisko wychowanka/i)

2. Przekazania ważnych informacji o dziecku przedstawicielowi Ośrodka w celu uzyskania niezbędnej wiedzy na temat rodziny pochodzeniowej, co ułatwi udzielenie pomocy terapeutycznej dziecku.
3. Zgłoszenia się w placówce w sytuacji kryzysowej (np. dotyczącej stanu zdrowia dziecka, naruszenia zapisów statutu MOS „PAŁACYK” w Radomiu przez dziecko).
4. Zgadzam się na prowadzenie oddziaływań psychologicznych, pedagogicznych, terapeutycznych określonych w statucie MOS „PAŁACYK” w Radomiu w tym m.in. diagnostyki psychologicznej, diagnozy intelektu dziecka.

5. Oświadczam, że jako rodzic/opiekun prawny/osoba uprawniona jestem świadom/a ponoszenia przeze mnie na podstawie § 28 ust. 1 pkt 15 Regulaminu wychowanków Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii „PAŁACYK” w Radomiu finansowej odpowiedzialności za wszelkie szkody materialne wyrządzone świadomie przez .....

(imię i nazwisko wychowanka/i)

Za zniszczone mienie dokonam zwrotu kosztów jego naprawy lub kosztów zakupu.

6. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku rażącego naruszenia zapisów statutu MOS „PAŁACYK” w Radomiu mój syn/ córka/ podopieczny może zostać skreślony z listy wychowanków i jestem świadomy/a, że przypadku rażącego łamania zasad, regulaminów i norm panujących na terenie Ośrodka przez wychowanka/wychowankę zostanie on/ona w trybie natychmiastowym Decyzją Dyrekcji skreślony/skreślona z listy wychowanków i uczniów MOS „PAŁACYK” w Radomiu. Zobowiązuję się, odebrać podopiecznego/podopieczną w terminie wskazanym przez pracowników naszego Ośrodka.
7. Systematyczne regulowanie opłat za wyżywienie w Ośrodku.

.....  
(data i podpis osoby uprawnionej)



### **Kwestionariusz dla opiekuna**

Informacje o dziecku

Imię i nazwisko dziecka.....

Informacje o rodzinie

1. Rodzina: pełna / niepełna / rodzina zastępcza (od kiedy, z jakiego powodu?)

.....

2. Kontakty dziecka ze środkami zmieniającymi świadomość (alkohol, narkotyki...)

rodzaj używanego środka: .....

.....

od kiedy dziecko zażywa środki, jak często, czy jest czysty/a? .....

.....

3. Dotychczasowe kontakty dziecka z psychologami i psychiatrami, dawne i obecne dolegliwości natury psychicznej, pobyty w szpitalu psychiatrycznym, leki:

.....

.....

4. Przebyte poważne choroby, hospitalizacje, obecne dolegliwości somatyczne, leki:

.....

.....

5. Kontakty z wymiarem sprawiedliwości (policja, sprawy sądowe, opieka kuratora)

.....

.....

6. Kontakty z rówieśnikami – czy dziecko ma grupę, z którą się identyfikuje i w jakim stopniu jest z nią związany? .....

.....

7. Jak kandydat spędza czas wolny? .....

.....

8. Czy któreś z rodziców/ opiekunów nadużywa alkoholu/ leków uspokajających/ innych substancji (narkotyków) – od kiedy, jak często? .....

.....

9. Proszę opisać swoje relacje z dzieckiem: .....

.....

10. Oczekiwania związane z pobytem dziecka w Ośrodku: .....

.....

Wypełnił/a (proszę podać imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa):

.....

.....  
(data i podpis osoby uprawnionej)



**Kwestionariusz wywiadu z osobą przekazującą wychowanka do  
M O S "PAŁACYK" w Radomiu**

**I. DANE OSOBY PRZEKAZUJĄCEJ**

1. Imię.....
2. Nazwisko .....
3. Seria i nr dokumentu tożsamości .....
4. Nr telefonu .....
5. Adres e-mail .....
6. Adres zamieszkania .....
7. Adres do korespondencji .....
8. Stopień pokrewieństwa .....

**II. DANE WYCHOWANKA**

1. Imię .....
2. Nazwisko .....
3. Pesel .....
4. Imię matki .....
5. Imię ojca .....
6. Data urodzenia .....
7. Miejsce urodzenia .....
8. Adres zamieszkania .....
9. Przyjmowane stałe leki .....
10. Informacje o pozostałych członkach rodziny /imię, nazwisko, rok urodzenia, stopień pokrewieństwa/
  - a) .....
  - b) .....
  - c) .....
  - d) .....
  - e) .....
  - f) .....
  - g) .....
  - h) .....
  - i) .....
  - j) .....

**III. SYTUACJA RODZINNA**

1. Czy w rodzinie są konflikty i kogo dotyczą? .....
2. Przyczyny konfliktów: .....



**MŁODZIEŻOWY OŚRODEK SOCJOTERAPII „PAŁACYK”**

**UL. KRYCHNOWICKA 1, 26-607 RADOM**

**tel./fax: 48 33 24 559; 48 33 24 603 tel. kom.: 605 056 138**

[sekretariat@mosradom.pl](mailto:sekretariat@mosradom.pl)

[www.mosradompalacyk.pl](http://www.mosradompalacyk.pl)

3. Czy występują problemy wychowawcze z dziećmi? Jakież?.....
4. Czy w rodzinie występuje przemoc? .....
5. Przeciwko komu jest skierowana? .....
6. Kto jest sprawcą przemocy? .....
7. Czy ktoś z rodziny przebywał lub przebywa w rodzinie zastępczej, placówce opiekuńczo-wychowawczej, schronisku dla nieletnich, zakładzie poprawczym?  
.....

**IV. SYTUACJA SZKOLNA**

1. Nazwa i adres ostatniej szkoły/placówki  
.....
2. Nazwa i adres szkoły rejonowej  
.....
3. Przedmioty szkolne sprawiające wychowankowi kłopoty  
.....
4. Przedmioty, w których wychowanek odnosi sukcesy  
.....
5. Przyczyny szkolnych kłopotów  
.....
6. Zainteresowania, hobby  
.....

.....  
(data i podpis osoby przekazującej)

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuje się, iż: 1) administratorem danych osobowych jest Młodzieżowy Ośrodek Socjoterapii "PAŁACYK", ul. Krychnowicka 1, 26-600 Radom 2) dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań dydaktycznych, wychowawczych i opiekuńczych, zgodnie z Ustawą z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty, na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. 3) dane osobowe przechowywane będą w czasie zgodnym z przepisami w/w Ustawy 4) każdy posiada prawo do dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub odwołania uprzednio udzielonej zgody 5) każdy ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego 6) podanie danych osobowych jest obowiązkowe ze względu na przepisy prawa.

.....  
(data i podpis osoby uprawnionej)



**MŁODZIEŻOWY OŚRODEK SOCJOTERAPII „PAŁACYK”**

**UL. KRYCHNOWICKA 1, 26-607 RADOM**

tel./fax: 48 33 24 559; 48 33 24 603 tel. kom.: 605 056 138

[sekretariat@mosradom.pl](mailto:sekretariat@mosradom.pl)

[www.mosradompalacyk.pl](http://www.mosradompalacyk.pl)

### **Klauzula zgody na wykorzystywanie wizerunku**

Zgodnie z art. 81 ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. 2017, poz. 880) wyrażam zgodę na rozpowszechnianie wizerunku mojego syna/córki/podopiecznego/podopiecznej, w tym także wyników osiągnięć naukowych i sportowych poprzez zamieszczanie w gazetach, tablicach szkolnych oraz na stronie internetowej i profilu Ośrodka na portalu facebook.com. na rzecz Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii "PAŁACYK", ul. Krychnowicka 1, 26-600 Radom w celu zapewnienia prawidłowego funkcjonowania Ośrodka w tym jego promocji.

.....  
(data i podpis osoby uprawnionej)

Wyrażam zgodę na udział mojego syna/córki/podopiecznego/podopiecznej we wszystkich wycieczkach, wyjściach poza Ośrodek, zajęciach terapeutycznych, rozwijających zainteresowania oraz wszelkich pozostałych zajęciach organizowanych przez Ośrodek oraz instytucje i firmy zewnętrzne współpracujące z Ośrodkiem.

.....  
(data i podpis osoby uprawnionej)

Oświadczam, że wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na udział w lekcji religii mojego syna/córki/podopiecznego/podopiecznej ..... przez cały okres nauki w Szkole Podstawowej im. Alberta Einsteina w Radomiu.

.....  
(data i podpis osoby uprawnionej)

Oświadczam, że wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na udział w zajęciach wychowania do życia w rodzinie mojego syna/córki/podopiecznego/podopiecznej ..... przez cały okres nauki w Szkole Podstawowej im. Alberta Einsteina w Radomiu.

.....  
(data i podpis osoby uprawnionej)

### **Oświadczenie**

Ja niżej podpisany/a.....  
wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na samodzielne wyjazdy mojego/ej nieletniego/ej syna/córki /podopiecznego/ podopiecznej .....  
do miejsca zamieszkania / do domu. (imię i nazwisko dziecka) .

.....  
(data i podpis osoby uprawnionej)



### **Oświadczenie**

Ja niżej podpisana/y.....rodzic/opiekun  
prawny/osoba uprawniona upoważniam personel Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii  
„Pałacyk” do podawania leków w razie bólu, przeziębienia i innych zleconych przez  
lekarza oraz w razie konieczności leków przeciwbólowych bez recepty. Oświadczam, że  
..... nie jest/jest uczulona na preparaty  
.....

.....  
(data i podpis osoby uprawnionej)

### **Zgoda na konsultację psychiatryczną**

W razie nasilających się problemów zachowania i emocji mojego dziecka dziecka/  
podopiecznego .....  
(imię i nazwisko dziecka)  
wyrażam zgodę na konsultację psychiatryczną i realizację zaleceń lekarskich.

.....  
(data i podpis osoby uprawnionej)

### **Upoważnienie**

Upoważniam pielęgniarkę w Młodzieżowym Ośrodku Socjoterapii „Pałacyk” w Radomiu,  
do podawania przepisanych przez lekarza leków oraz do wykonania innych niezbędnych  
czynności medycznych wobec

.....  
(imię i nazwisko dziecka)

W przypadku nieobecności pielęgniarki w Ośrodku w sytuacji, gdy stan zdrowia dziecka  
wymaga podania leku lub wykonania innych niezbędnych czynności, np. kontroli poziomu cukru  
we krwi, opatrzenie ran upoważniam do wykonania ww. czynności wychowawcę internatu  
pełniącego w danym czasie dyżur.

.....  
(data i podpis osoby uprawnionej)



**MŁODZIEŻOWY OŚRODEK SOCJOTERAPII „PAŁACYK”**  
**UL. KRYCHNOWICKA 1, 26-607 RADOM**  
tel./fax: 48 33 24 559; 48 33 24 603 tel. kom.: 605 056 138  
[sekretariat@mosradom.pl](mailto:sekretariat@mosradom.pl) [www.mosradompalacyk.pl](http://www.mosradompalacyk.pl)

---

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

imię i nazwisko  
rodzica/opiekuna prawnego/osoby uprawnionej,  
adres zamieszkania, telefon kontaktowy

**Dyrekcja**  
**Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii „Pałac”**  
**w Radomiu**

W okresie pobytu mojego dziecka/podopiecznego .....  
w Młodzieżowym Ośrodku Socjoterapii „Pałac” w Radomiu wyrażam zgodę na pełną opiekę  
medyczną (leczenie w przypadku choroby, włącznie z hospitalizacją, wykonaniem zabiegów  
ambulatoryjnych i chirurgicznych, znieczuleniem do nagłych zabiegów).

Jednocześnie upoważniam pracowników MOS „PAŁACYK w Radomiu do otrzymywania  
informacji o stanie zdrowia oraz dokumentacji medycznej mojego dziecka/podopiecznego.

.....  
(data i podpis osoby uprawnionej)





**MŁODZIEŻOWY OŚRODEK SOCJOTERAPII „PAŁACYK”**  
**UL. KRYCHNOWICKA 1, 26-607 RADOM**  
tel./fax: 48 33 24 559; 48 33 24 603 tel. kom.: 605 056 138  
[sekretariat@mosradom.pl](mailto:sekretariat@mosradom.pl) [www.mosradompalacyk.pl](http://www.mosradompalacyk.pl)

---

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

imię i nazwisko  
rodzica/opiekuna prawnego/osoby uprawnionej,  
adres zamieszkania, telefon kontaktowy

**Dyrekcja  
Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii „Pałac”  
w Radomiu**

Ja, niżej podpisany .....

legitymujący się dowodem osobistym seria ..... nr ....., lub innym

dokumentem tożsamości seria ..... nr ....., zwracam się z prośbą  
o przeprowadzenie badań medycznych u mojego syna/córki/podopiecznego

....., ur. dnia ..... roku

w ..... nr PESEL ..... w laboratorium  
diagnostycznym.

Prośba niniejsza dotyczy sytuacji, w której zaistnieje podejrzenie zażycia przez  
niego/nią środków odurzających lub spożycia alkoholu.

Badanie/test może być przeprowadzone bez mojej obecności po wcześniejszym  
poinformowaniu mnie o takiej potrzebie telefonicznie przez pedagoga, wychowawcę,  
socjoterapeutę lub psychologa. W sytuacji utrudnionego kontaktu telefonicznego, wychowawca  
może podjąć decyzję o przeprowadzeniu badania/testu bez poinformowania mnie o tym fakcie.

Niniejsza prośba obejmuje cały okres pobytu mojego dziecka / podopiecznego  
w MOS „PAŁACYK” w Radomiu.

.....  
(data i podpis osoby uprawnionej)



**Rozmowa wstępna**  
**rodzica/opiekuna prawnego/ osoby uprawnionej**  
**z przedstawicielem MOS „PAŁACYK” w Radomiu**

Oświadczam, że zostałem/am zapoznany/a z warunkami i zasadami pobytu w MOS „PAŁACYK” w Radomiu tj:

1. Regulaminem Wychowanków MOS „PAŁACYK” w Radomiu,
2. Statutem MOS „PAŁACYK” w Radomiu,
3. prawami i obowiązkami wychowanka/i, prawami dziecka,
4. zasadami pobytu w Ośrodku,
5. ofertą zajęć rozwijających zainteresowania,
6. ofertą terapeutyczną,
7. regulaminem postępowania z depozytem wychowanków
8. formami pomocy psychologiczno-pedagogicznej
9. terminem spotkania zespołu dokonującego wielospecjalistycznej oceny funkcjonowania oraz opracowującego indywidualny program edukacyjno-terapeutyczny.

.....  
(data i podpis osoby uprawnionej)



## **Porozumienie**

### **Zawarte w dniu .....**

W sprawie procedur rozliczenia kosztów, o których mowa w § 78 ust. 1 oraz ust. 10 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia z dnia 11 sierpnia 2017 r. w sprawie publicznych placówek oświatowo-wychowawczych, młodzieżowych ośrodków wychowawczych, młodzieżowych ośrodków socjoterapii, specjalnych ośrodków szkolno-wychowawczych, specjalnych ośrodków wychowawczych, ośrodków rewalidacyjno-wychowawczych oraz placówek zapewniających opiekę i wychowanie uczniom w okresie pobierania nauki poza miejscem stałego zamieszkania (Dz. U. z 2017 r. poz. 1606).

Pomiędzy:

Młodzieżowym Ośrodkiem Socjoterapii „PAŁACYK” w Radomiu  
ul. Krychnowicka 1, 26-600 Radom  
NIP 948 259 94 01 REGON 146767895  
reprezentowanym przez Panią Danutę Bień - Soból

a

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

*( imię i nazwisko opiekuna prawnego/nazwa placówki, adres, pesel/ NIP )*

### **§ 1.**

Przedmiotem porozumienia jest określenie zasad realizacji obowiązku, o którym mowa w § 78 ust. 10 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia z dnia 11 sierpnia 2017 r. w sprawie publicznych placówek oświatowo-wychowawczych, młodzieżowych ośrodków wychowawczych, młodzieżowych ośrodków socjoterapii, specjalnych ośrodków szkolno-wychowawczych, specjalnych ośrodków wychowawczych, ośrodków rewalidacyjno-wychowawczych oraz placówek zapewniających opiekę i wychowanie uczniom w okresie pobierania nauki poza miejscem stałego zamieszkania (Dz. U. z 2017 r. poz. 1606) na podstawie, którego podmioty sprawujące instytucjonalną pieczę zastępczą nad wychowankiem zapewniają wychowankowi podczas pobytu w młodzieżowym ośrodku wychowawczym, młodzieżowym ośrodku socjoterapii, specjalnym ośrodku szkolno--wychowawczym, specjalnym ośrodku wychowawczym i ośrodku rewalidacyjno-wychowawczym pokrycie kosztów wyżywienia, o których mowa w ust. 1 cytowanego rozporządzenia oraz zaopatrzenia wychowanka w odzież, obuwie, środki czystości i środki higieny osobistej oraz leki, okulary, podręczniki i pomoce szkolne, a także kieszonkowe.

### **§ 2.**

Niniejsze porozumienie dotyczy wychowanki/a .....  
ur. .... r. umieszczonej/go w Młodzieżowym Ośrodku Socjoterapii „PAŁACYK”  
w Radomiu, ul. Krychnowicka 1.



§ 3.

Obowiązują następujące procedury rozliczenia kosztów:

1. Ośrodek obciąża Placówkę/opiekuna prawnego notą obciążeniową za wyżywienie w wysokości **26 zł (dzienna stawka żywieniowa)**.  
Placówka/opiekun prawny zobowiązany jest poinformować pracownika MOS Pałacyk o nieobecności wychowanka w Ośrodku do godz. 17 dnia poprzedzającego nieobecność. Jeżeli taka nieobecność nie zostanie zgłoszona, Placówka/opiekun prawny zobowiązany jest pokryć koszty zamówionego dziennego wyżywienia dla dziecka.
2. Ośrodek dokona zakupu i obciąży fakturą Placówkę/opiekuna prawnego za lekarstwa i okulary wystawioną na adres Placówki/opiekuna prawnego, która płatna będzie przelewem w terminie 14 dni od dnia wysłania noty wraz z dołączoną kserokopią potwierdzoną za zgodność z oryginałem właściwej Faktury VAT.
3. Nota obciążeniowa za wyżywienie będzie wystawiana zawsze za miesiąc poprzedni. Zawierać będzie informacje dotyczące imienia i nazwiska wychowanki/a, okresu obciążenia oraz wyszczególnienie wydatków.
4. Dane do wystawienia noty obciążeniowej:  
Nabywca:  
.....  
.....  
Odbiorca:  
.....  
.....
5. Placówka/opiekun prawny przesyła kwotę określoną w notce obciążeniowej na konto Ośrodka, numer konta bankowego  
**Pekao S.A. 31 1240 5703 1111 0010 5770 1667** w terminie podanym na notce obciążeniowej.
6. Kieszonkowe dla wychowanki/a Placówka/opiekun prawny może przesłać na konto Ośrodka, numer konta bankowego  
**Pekao S.A. 31 1240 5703 1111 0010 5770 1667**
7. Zaopatrzenie wychowanki/a w odzież, obuwie, środki higieny osobistej i art. chemiczne, zapewnia Placówka/opiekun prawny lub Ośrodek (na prośbę Placówki/opiekuna prawnego), który obciąża fakturą Placówkę/opiekuna prawnego, po wcześniejszym ustaleniu kwoty wydatku.
8. Zaopatrzenie wychowanki/a w pomoce szkolne zapewnia Placówka/opiekun prawny.

§ 4.

1. Wszelkie zmiany Porozumienia wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Niniejsze Porozumienie wygasa z dniem zmiany przepisów prawa regulujących zasady ponoszenia kosztów przez Placówkę/opiekuna prawnego lub wykreślenia wychowanki/a z listy Ośrodka.
3. Porozumienie obowiązuje od dnia ..... na czas pobytu wychowanki/a w Ośrodku.

§ 5.

Porozumienie zawarto w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

.....  
podpis i pieczęć  
Dyrektora Placówki/opiekuna prawnego

.....  
podpis i pieczęć  
Dyrektora MOS „Pałac” w Radomiu



## **Porozumienie**

### **Zawarte w dniu .....**

W sprawie procedur rozliczenia kosztów, o których mowa w § 78 ust. 1 oraz ust. 10 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia z dnia 11 sierpnia 2017 r. w sprawie publicznych placówek oświatowo-wychowawczych, młodzieżowych ośrodków wychowawczych, młodzieżowych ośrodków socjoterapii, specjalnych ośrodków szkolno-wychowawczych, specjalnych ośrodków wychowawczych, ośrodków rewalidacyjno-wychowawczych oraz placówek zapewniających opiekę i wychowanie uczniom w okresie pobierania nauki poza miejscem stałego zamieszkania (Dz. U. z 2017 r. poz. 1606).

Pomiędzy:

Młodzieżowym Ośrodkiem Socjoterapii „PAŁACYK” w Radomiu  
ul. Krychnowicka 1, 26-600 Radom  
NIP 948 259 94 01 REGON 146767895  
reprezentowanym przez Panią Danutę Bień - Soból

a

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

*( imię i nazwisko opiekuna prawnego/nazwa placówki, adres, pesel/ NIP )*

### **§ 1.**

Przedmiotem porozumienia jest określenie zasad realizacji obowiązku, o którym mowa w § 78 ust. 10 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia z dnia 11 sierpnia 2017 r. w sprawie publicznych placówek oświatowo-wychowawczych, młodzieżowych ośrodków wychowawczych, młodzieżowych ośrodków socjoterapii, specjalnych ośrodków szkolno-wychowawczych, specjalnych ośrodków wychowawczych, ośrodków rewalidacyjno-wychowawczych oraz placówek zapewniających opiekę i wychowanie uczniom w okresie pobierania nauki poza miejscem stałego zamieszkania (Dz. U. z 2017 r. poz. 1606) na podstawie, którego podmioty sprawujące instytucjonalną pieczę zastępczą nad wychowankiem zapewniają wychowankowi podczas pobytu w młodzieżowym ośrodku wychowawczym, młodzieżowym ośrodku socjoterapii, specjalnym ośrodku szkolno-wychowawczym, specjalnym ośrodku wychowawczym i ośrodku rewalidacyjno-wychowawczym pokrycie kosztów żywienia, o których mowa w ust. 1 cytowanego rozporządzenia oraz zaopatrzenia wychowanka w odzież, obuwie, środki czystości i środki higieny osobistej oraz leki, okulary, podręczniki i pomoce szkolne, a także kieszonkowe.

### **§ 2.**

Niniejsze porozumienie dotyczy wychowanki/a .....  
ur. .... r. umieszczonej/go w Młodzieżowym Ośrodku Socjoterapii „PAŁACYK”  
w Radomiu, ul. Krychnowicka 1.





**Oświadczenie  
o akceptacji faktur przesyłanych drogą elektroniczną**

Imię i nazwisko wychowanka/wychowanki: .....

Dane rodzica/ opiekuna prawnego/ placówki do wystawienia faktury:

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

1. Działając na podstawie Ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2017 poz. 1221, z późn. zm.) art. 106n wyrażam zgodę na przesyłanie faktur, duplikatów tych faktur oraz ich korekt, w formie elektronicznej przez Młodzieżowy Ośrodek Socjoterapii „Pałacyk” w Radomiu.

2. Zobowiązuję się przyjmować faktury, o których mowa w pkt.1 niniejszego oświadczenia w formie papierowej, w przypadku gdy przeszkody techniczne lub formalne uniemożliwiają przesłanie faktur drogą elektroniczną.

3. Proszę o przesyłanie faktur drogą mailową na podany poniżej adres e-mail.

Adres e-mail: .....

4. W razie zmiany adresu e-mail zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia o nowym adresie.

5. Oświadczam, że mam świadomość, iż niniejsze oświadczenie może zostać wycofane, w następstwie czego wystawca faktur traci prawo do wystawiania i przesyłania faktur do odbiorcy drogą elektroniczną, począwszy od dnia następnego po otrzymaniu powiadomienia o wycofaniu akceptacji.

Data .....

Podpis .....



**MŁODZIEŻOWY OŚRODEK SOCJOTERAPII „PAŁACYK”**

**UL. KRYCHNOWICKA 1, 26-607 RADOM**

**tel./fax: 48 33 24 559; 48 33 24 603 tel. kom.: 605 056 138**

[sekretariat@mosradom.pl](mailto:sekretariat@mosradom.pl)

[www.mosradompalacyk.pl](http://www.mosradompalacyk.pl)

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

imię i nazwisko  
rodzica/opiekuna prawnego/osoby uprawnionej,  
adres zamieszkania, telefon kontaktowy

### **Zgoda na leczenie i badania w Poradni Ginekologicznej**

Ja, niżej podpisana/y .....

legitymująca/y się dowodem osobistym seria ..... nr ....., pesel - - - - - ,

zamieszkała/y .....

pozostająca/y opiekunem prawnym .....

ur. \_ \_ - \_ \_ - \_ \_ \_ \_ r. w ....., pesel \_ \_ - - - - -

przebywającego/przebywającej obecnie w Młodzieżowym Ośrodku Socjoterapii „PAŁACYK”

w Radomiu, ul. Krychnowicka 1 wyrażam zgodę na leczenie i badania w Poradni Ginekologicznej.

Upoważniam pracownika MOS „PAŁACYK w Radomiu .....

legitymującego się dowodem osobistym seria ..... nr ....., pesel - - - - - ,

do otrzymywania informacji o stanie zdrowia oraz dokumentacji medycznej mojego  
dziecka/podopiecznego.

.....  
(data i podpis osoby uprawnionej)





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

imię i nazwisko  
rodzica/opiekuna prawnego/osoby uprawnionej,  
adres zamieszkania, telefon kontaktowy

**Zgoda na hospitalizację, leczenie, przeprowadzenie badań i diagnozy**

**W** .....

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

**na Oddziale Psychiatrycznym dla Dzieci i Młodzieży**

Ja, niżej podpisana/y .....

legitymująca/y się dowodem osobistym seria ..... nr ....., pesel - - - - - ,  
zamieszkała/y .....

pozostająca/y opiekunem prawnym .....,  
ur. \_ \_ - \_ \_ - \_ \_ \_ \_ r. w ....., pesel \_ - - - - -

przebywającego/przebywającej obecnie w Młodzieżowym Ośrodku Socjoterapii „PAŁACYK”  
w Radomiu, ul. Krychnowicka 1 wyrażam zgodę na hospitalizację, leczenie, wykonanie badań  
i diagnozę oraz wszelkich niezbędnych czynności na Oddziale Psychiatrycznym dla Dzieci  
i Młodzieży w .....

.....

Upoważniam pracowników MOS „PAŁACYK w Radomiu do otrzymywania informacji o stanie  
zdrowia oraz dokumentacji medycznej mojego dziecka/podopiecznego.

.....  
Podpis rodzica/opiekuna prawnego/osoby uprawnionej