



MŁODZIEŻOWY OŚRODEK SOCJOTERAPII „PAŁACYK”
UL. KRYCHNOWICKA 1, 26-607 RADOM
tel./fax: 48 33 24 559; 48 33 24 603 tel. kom.: 692 947 883; 608 402 765
sekretariat@mosradom.pl www.mosradompalacyk.pl

.....
data i miejscowość

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

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

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

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

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

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

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego



Radom, dnia

Kontrakt dla rodziców/opiekunów prawnych/osób uprawnionych

Zobowiązuję się do współpracy z przedstawicielami Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii „Pałacik” 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 § 10 ust. 1 pkt 16 Regulaminu wychowanków Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii „PAŁACYK” w Radomiu finansowej odpowiedzialności za wszelkie szkody materialne wyrządzone świadomie przez na szkodę Ośrodka.

(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.

.....
(podpis osoby uprawnionej)



Radom, dnia

Kwestionariusz dla opiekuna

Informacje o dziecku

Imię i nazwisko

Informacje o rodzinie

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

...../rodzina zastępcza

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. Kariera szkolna, przyczyny niepowodzeń, powtarzanie klasy, dokładny adres ostatniej szkoły (proszę wymienić kolejno wszystkie szkoły i ośrodki, do których dziecko uczęszczało)

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....



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

.....

8. Jak kandydat spędza czas wolny?

.....

9. Informacje dotyczące rodziny:

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

.....

10. Proszę opisać swoje relacje z dzieckiem:

.....

.....

11. Oczekiwania związane z pobytem dziecka w Ośrodku

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....
(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 zamieszkania
6. Adres do korespondencji
7. 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 stale 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:
3. Czy występują problemy wychowawcze z dziećmi? Jakież?.....



4. Czy rodzina lub dziecko są objęci nadzorem kuratora?
5. Czy w rodzinie występuje przemoc?
6. Przeciwko komu jest skierowana?
7. Kto jest sprawcą przemocy?
8. 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 gimnazjum rejonowego
.....
3. Przedmioty szkolne sprawiające wychowankowi kłopoty
.....
4. Przedmioty, w których wychowanek odnosi sukcesy
.....
5. Przyczyny szkolnych kłopotów
.....
6. Zainteresowania, hobby
.....

.....
(podpis osoby przekazującej)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów niezbędnych do pobytu oraz kształcenia ww. wychowanka w Młodzieżowym Ośrodku Socjoterapii “Pałacyk” w Radomiu zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2016r., poz. 922).

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

Wyrażam zgodę na Uczestnictwo w organizowanych przez Ośrodek wycieczkach i innych wyjazdach.

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



Zgoda na wykorzystanie wizerunku dziecka

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczanie zdjęć i filmów zawierających wizerunek mojego syna/córki/podopiecznego zarejestrowany podczas realizacji : konkursów, turniejów sportowych i innych uroczystości w mediach: Internecie, prasie, telewizji.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że wizerunek mojego dziecka/podopiecznego będzie wykorzystywany tylko i wyłącznie w celu promocji i potrzeb funkcjonowania MOS „PAŁACYK” w Radomiu.

Oświadczenie moje ważne jest na cały czas pobytu mojego dziecka/podopiecznego w MOS „PAŁACYK” w Radomiu.

.....
(data i czytelny podpis imię rodzica/opiekuna prawnego)

Oświadczenie

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

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

Oświadczenie

Ja niżej podpisana/y.....rodzic/opiekun prawny/osoba uprawniona upoważniam personel Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii „Pałac” 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 panią **Grażynę Sapińską**, pielęgniarkę w Młodzieżowym Ośrodku Socjoterapii „Pałac” 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 podaniu 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.

Dziecko jest uczulone na następujące leki

.....
(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.: 692 947 883; 608 402 765
sekretariat@mosradom.pl www.mosradompalacyk.pl

.....
data i miejscowość

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

Dyrekcja
Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii „Pałacyk”
w Radomiu

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

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



.....
data i miejscowość

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

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 Wychowanka 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

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



.....
data i miejscowość

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

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

Zgoda na leczenie w Poradni Zdrowia Psychicznego

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 w Poradni Zdrowia Psychicznego

w Kielcach przy ul. Kusocińskiego 59.

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

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)



.....
data i miejscowość

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

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.

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)