



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

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



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

www.mosradompalacyk.pl

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 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 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:
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 gimnazjum rejonowego
.....
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

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 organizowanych przez Ośrodek wycieczkach i innych wyjściach.

.....
(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 „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)



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 www.mosradompalacyk.pl

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 „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 www.mosradompalacyk.pl

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

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

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

W okresie pobytu mojego dziecka/podopiecznego
w Młodzieżowym Ośrodku Socjoterapii „Pałacik” 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

www.mosradompalacyk.pl

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

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

**Dyrekcja
Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii „Pałacysk”
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)



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 www.mosradompalacyk.pl

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

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

§ 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 fakturą/notą obciążeniową za wyżywienie w wysokości **20 zł (dzienna stawka żywieniowa)** za okres faktycznych dni pobytu w Ośrodku.
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 faktury/noty wraz z dołączoną kserokopią potwierdzoną za zgodność z oryginałem właściwej Faktury VAT.
3. Faktura/nota obciążeniowa za wyżywienie będzie wystawiona zawsze za miesiąc poprzedni. Zawierać będzie informacje dotyczące imienia i nazwiska wychowanki/a, okresu obciążenia oraz wyszczególnienie wydatków.
4. Placówka/opiekun prawny przesyła kwotę określoną w fakturze/nocie obciążeniowej na konto Ośrodka, numer konta bankowego
Pekao S.A. 31 1240 5703 1111 0010 5770 1667 w terminie podanym na fakturze / nocie obciążeniowej.
5. 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
6. 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.
7. 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 „Pałacyk” w Radomiu



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

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)