

**Karta informacyjna ucznia kl..... Szkoły Podstawowej Specjalnej  
w Młodzieżowym Ośrodku Socjoterapii w Zespole Placówek Oświatowych  
w Strzelinie w roku szkolnym .....**

**Data przyjęcia .....**                      **Data skreślenia/przyczyna .....**

**1. Nazwisko i imiona .....**

**Tel: .....**

.....

**2. Data urodzenia..... miejscowość .....P:.....**

**3. Dane o rodzicach.....**

**4. Adres zamieszkania województwo.....ulica.....**

.....powiat.....gmina.....

**5. Adres zameldowania.....**

.....

**6. Adres placówki (jeżeli dotyczy), województwo.....**

.....tel.....

**7. Orzeczenie PPP: adres/nr/data/regon.....**

.....

**8. Sąd Rejonowy/ kurator .....**

.....tel.....

**9. Poprzednia szkoła .....**

.....tel.....

**10. Zapisany na prośbę: rodziców/matki/ojca/opiekuna.....**

.....

**11. Orzeczenia dodatkowe (o niepełnosprawności, dysleksji) .....**

.....

**12. Zwrot kosztów za przejazdy: tak/nie      ile km. dojeżdża .....      nie dot. wych. MOS**

Data wywiadu.....

## WYWIAD ŚRODOWISKOWY

Dziecko doprowadzone przez .....

### I Dane o dziecku:

1. Imiona i nazwisko .....
2. Miejsce i data urodzenia .....
3. PESEL .....
4. Miejsce zamieszkania dziecka .....
5. Czy przebywa w domu dziecka (TAK/NIE – dokładny adres) .....
6. Czy posiada dowód osobisty (TAK/NIE – numer, kserokopia) .....

### II Dane o rodzinie:

1. Imiona, Nazwiska, miejsce zamieszkania rodziców .....
2. Czy ma ustanowionych opiekunów prawnych (TAK/NIE – dane osobowe, dokładny adres) .....
3. Imię i nazwisko oraz adres osoby zobowiązanej do ponoszenia opłat za wyżywienie w placówce .....
4. Skład rodziny (osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie z rodzicami/opiekunami):

l.p.	Nazwisko i imię	Stan pokrewieństwa do rodziców/opiekunów	Wiek	Miejsce nauki lub pracy	Wysokość dochodu miesięcznego	Uwagi
1						
2						
3						
4						
5						
6						

III Kontakty telefoniczne .....

**IV Właściwy adres komisariatu Policji .....**

.....

**V Szkoła macierzysta wychowanka .....**

.....

**VI Dodatkowe informacje o dziecku .....**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**VII Sytuacja rodzinna .....**

.....

.....

.....

**VIII Sytuacja zdrowotna .....**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**IX Leczenie w PZP (od kiedy leczone, zalecona farmakoterapia)**

.....

.....

.....

.....

.....

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

Strzelin, dn. ....

**Dyrektor**  
**Zespołu Placówek Oświatowych**  
**w Strzelinie ul. Ząbkowicka 30**  
**57-100 Strzelin**

Proszę o przyjęcie mojego syna/podopiecznego .....  
.....ur. .... w .....  
do **Szkoły Podstawowej w Młodzieżowym Ośrodku Socjoterapii** w Zespole Placówek  
Oświatowych w Strzelinie ul. Ząbkowicka 30, 57 – 100 Strzelin.

.....  
Podpis rodzica/opiekuna

.....  
.....  
.....  
Tel. ....

Strzelin, dn. ....

## **Zgoda rodzica / prawnego opiekuna**

Wyrażam zgodę na samodzielne wyjazdy i powroty syna/podopiecznego .....ur. .... z przepustek w czasie urlopowania z Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii w Strzelinie.

Biorę na siebie pełną odpowiedzialność za zdrowie i bezpieczeństwo mojego syna/podopiecznego podczas przepustki (urlopowania).

Zobowiązuje się do systematycznego zabierania syna po uzyskaniu zgody z placówki na wyjazd i zbieraniu odpowiedniej ilości punktów.

.....  
Podpis rodzica/opiekuna

.....  
Imię i nazwisko wychowanka

Strzelin, dn. ....

### **Zgoda rodzica (opiekuna prawnego) na badanie i leczenie**

Wyrażam zgodę na leczenie ambulatoryjne, hospitalizacyjne oraz badanie i leczenie w Poradni Zdrowia Psychicznego, placówkach leczenia psychicznego oraz neurologicznego mojego syna/podopiecznego ..... ur. ....  
zam. ....  
podczas pobytu w Szkole Podstawowej w Młodzieżowym Ośrodku Socjoterapii w Strzelinie.

.....  
Podpis rodzica/opiekuna

.....  
Seria i nr dow. osob.

.....

Strzelin, dn. ....

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że mój syn/podopieczny .....  
**jest/nie jest** objęty ubezpieczeniem zdrowotnym (polisa prywatna, ubezpieczenie w zakładzie pracy rodziców/opiekunów, itp.) .....

Jednocześnie **wyrażam/nie wyrażam** chęci ubezpieczenia go dodatkowym ubezpieczeniem NNW w ofercie proponowanej w szkole.

### **Ważne:**

Rodzice/opiekunowie prawni, którzy zdecydują się na w/w ubezpieczenie syna/podopiecznego w szkole, zobowiązani są do uiszczenia opłaty w sekretariacie szkoły do końca września danego roku szkolnego.

.....

## **Zgoda rodzica / prawnego opiekuna**

ucznia/wychowanka.....

Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody na przeprowadzenie niezbędnych badań psychologicznych mojego syna/podopiecznego w celach diagnostycznych.

.....

Wyrażam/ nie wyrażam zgody na udzielenie mojemu synowi/podopiecznemu pomocy psychologiczno – pedagogicznej w Szkole Podstawowej i Młodzieżowym Ośrodku Socjoterapii w Zespole Placówek Oświatowych w Strzelinie.

.....

Strzelin, dn. ....

## **Zgoda rodzica / prawnego opiekuna**

**ucznia/wychowanka**.....

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody na badanie mojego syna/podopiecznego **narkotestem, alkotestem** w przypadku podejrzenia, że jest on pod wpływem środków psychoaktywnych.

.....

Wychowawcy MOS i nauczyciele w szkole nie odpowiadają za rzeczy wartościowe wychowanka.

.....

Oświadczam, że poniosę wszelkie koszty finansowe za ewentualne szkody wyrządzone umyślnie na terenie szkoły i ośrodka przez mojego syna/ podopiecznego.

.....

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na udział mojego syna/podopiecznego w wycieczkach i zawodach sportowych organizowanych przez Szkołę Podstawową i Młodzieżowy Ośrodek Socjoterapii w Strzelinie oraz zajęciach odbywających się poza terenem placówki.

.....

## **OŚWIADCZENIE UCZNIĄ/WYCHOWANKA**

Niniejszym oświadczam, że zapoznałem się z regulaminem Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii w Strzelinie i zobowiązuje się do jego przestrzegania.

Podpis wychowanka



.....

Strzelin, dn. ....

### **Zgoda rodzica /prawnego opiekuna**

Oświadczam, że **wyrażam/ nie wyrażam** zgody na udział mojego syna/córki/  
podopiecznego ..... w lekcjach religii  
w szkole.

.....

.....

Strzelin, dn. ....

### **Zgoda rodzica /prawnego opiekuna**

Oświadczam, że **wyrażam/ nie wyrażam** zgody na udział mojego syna/córki/  
podopiecznego ..... w lekcjach wychowania  
do życia w rodzinie.

.....

.....  
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna)

.....  
(miejsowość, data)

**Dyrektor  
Zespołu Placówek Oświatowych  
w Strzelinie ul. Ząbkowicka 30**

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że jako placówka pełniąca opiekę nad wychowankiem

.....  
(imię i nazwisko wychowanka)

zobowiązujemy się do przyjmowania Go na okres urlopowania, (tj. wszystkie uzgodnione z Państwa Placówką terminami, oraz w okresie ferii, wakacji i świąt) pod warunkiem, że spełni wymogi regulaminowe MOS i otrzyma zgodę na przepustkę.

.....  
(pieczęć dyrektora placówki)

.....  
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna)

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(adres zamieszkania)

**Dyrektor  
Zespołu Placówek Oświatowych  
w Strzelinie ul. Ząbkowicka 30**

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że jako rodzic / opiekun prawny pełniący opiekę nad wychowankiem

.....  
(imię i nazwisko wychowanka)

zobowiązuje się do przyjmowania Go na okres urlopowania, (tj. wszystkie uzgodnione z Państwa Placówką terminami, oraz w okresie ferii, wakacji i świąt) pod warunkiem, że spełni wymogi regulaminowe MOS i otrzyma zgodę na przepustkę.

.....  
(podpis rodzica/opiekuna)

# Karta informacyjna o uczniu / wychowanku

(pielęgniarka szkolna)

1. Nazwisko i imię.....

2. Pesel.....tel:.....

3. Adres zamieszkania.....

4. Przebyte choroby urazy.....

5. Czy dziecko jest leczone w Poradni Specjalistycznej?/ jakiej ?.....

6. Czy zażywa leki?.....

7. Czy dziecko jest uczulone na leki ?      **TAK**      **NIE**

Jeśli tak to na jakie?.....

8. Czy wyrażają Państwo zgodę na podawanie leku w razie potrzeby ?      **TAK**      **NIE**

9. Czy wyrażają Państwo zgodę na przetwarzanie informacji o stanie zdrowia dziecka w razie potrzeby: dyrektorowi/ pedagogowi /psychologowi/ wychowawcy/ nauczycielom

**TAK**                      **NIE**

10. Czy wyrażają państwo zgodę na przegląd czystości ?

**TAK**                      **NIE**

**Podpis rodzica/ opiekuna**

Zał. Nr 1

Strzelin.....

.....

.....

.....

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam iż akceptuję warunki regulaminu odpłatności za wyżywienie w Zespole Placówek Oświatowych w Strzelinie.

Zobowiązuję się do terminowego uiszczania opłat za wyżywienie mojego

dziecka / podopiecznego.....

Pesel rodzica/opiekuna prawnego.....

.....

Podpis rodzica/opiekuna