



.....  
/nazwisko i imię rodzica lub opiekuna prawnego/

.....  
/adres – kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu/

.....  
/adres e-mail/

.....  
/nr telefonu komórkowego/

**Dyrekcja Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii  
„Dom Matki Dobrego Pasterza”  
ul. Zgoda 14, 05-500 Piaseczno**

## WNIOSEK

Proszę o przyjęcie .....  
/nazwisko i imię (imiona) dziecka/

urodzonej ..... w .....  
/data urodzenia/ /miejsce urodzenia/

PESEL            zamieszkałej .....

.....  
/adres zamieszkania (kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu)/

do Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii „Dom Matki Dobrego Pasterza” w Piasecznie przy ul. Zgoda 14  
w trybie:

- stacjonarnym (z zakwaterowaniem)  
 niestacjonarnym (bez zakwaterowania)  
/zaznaczyć właściwe literą „X”/

oraz do Szkoły Podst. / Branż. Szk. I St. / Branż. Szk. II St. im. św. Małgorzaty z Kortony do klasy .....  
/niepotrzebne skreślić/

zgodnie z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego nr .....

wydanym w dniu ..... przez .....

.....  
/data i podpis rodzica lub opiekuna prawnego/





.....  
*/nazwisko i imię rodzica lub opiekuna prawnego/*

.....  
*/adres – kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu/*

.....  
*/adres e-mail/*

.....  
*/nr telefonu komórkowego/*

**Dyrekcja Zespołu Szkół  
im. Św. Małgorzaty z Kortony  
ul. Zgoda 14, 05-500 Piaseczno**

## **WNIOSEK**

Proszę o przyjęcie .....  
*/nazwisko i imię (imiona) dziecka/*

urodzonej ..... w .....  
*/data urodzenia/* */miejsce urodzenia/*

PESEL            zamieszkałej .....

.....  
*/adres zamieszkania (kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu)/*

oraz do Szkoły Podst. / Branż. Szk. I St. / Branż. Szk. II St. im. św. Małgorzaty z Kortony do klasy .....  
*/niepotrzebne skreślić/*

zgodnie z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego nr .....

wydanym w dniu ..... przez .....

.....  
*/data i podpis kandydatki/*

.....  
*/data i podpis rodzica lub opiekuna prawnego/*





**DIAGNOZA SYTUACJI WYCHOWANKI .....**

*/nazwisko i imię/*

1. Struktura rodziny:

pełna  niepełna  zrekonstruowana (kolejne małżeństwo)  zastępcza  adopcyjna

Uwagi: .....  
.....  
.....

2. Ważne procesy w rodzinie:

śmierć rodzica  rozwód  separacja  ojciec nieznany  choroba psychiczna  
 przewlekłe bezrobocie  samobójstwa  wyjazd rodzica

Uwagi: .....  
.....  
.....

3. Dysfunkcje w rodzinie:

problem alkoholowy  problem narkotykowy  przestępczość  prostytutka  problem przemocy  
 wykorzystywanie seksualne

Uwagi: .....  
.....  
.....

4. Sytuacja materialna rodziny:

bardzo dobra  dobra  przeciętna  zła  bardzo zła

5. Warunki mieszkaniowe rodziny:

bardzo dobre  dobre  przeciętne  skromne  niewystarczające

6. Relacje między poszczególnymi członkami rodziny:

bardzo dobre  dobre  poprawne  złe  bardzo złe

Uwagi: .....  
.....  
.....

7. Rodzeństwo (nazwisko, imię, wiek):

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



8. Krewni (nazwisko, imię, wiek, stopień pokrewieństwa):

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

9. Stan zdrowia dziecka (przebyte choroby, operacje, schorzenia, uzależnienia, alergie, przyjmowane leki):

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

10. Zainteresowania, zdolności, formy spędzania czasu wolnego:

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

11. Zalety/mocne strony dziecka:

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

12. Wady/słabe strony dziecka:

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

13. Główne problemy wychowawcze z dzieckiem:

- palenie papierosów  spożywanie alkoholu  zażywanie narkotyków  uzależnienie od internetu  
 samookaleczenia  uciezki z domu  popełnianie czynów zabronionych  wulgaryzacja języka  
 odrzucanie więzi rodzinnych  stosowanie przemocy  włóczęgostwo

Uwagi: .....

.....  
.....



14. W jaki sposób dziecko reaguje na napotykane problemy/sytuacje stresowe:

- spokojnie  złością  frustracją  zamyka się w sobie  wybuchem gniewu  agresją słowną  
 agresją fizyczną  ucieczką z domu

Uwagi: .....

.....

15. W sytuacjach nowych (zmiana szkoły, środowiska, otoczenia) dziecko reaguje/reagowało:

- silnym lękiem  płaczem  z zaciekawieniem  z radością  wycofaniem  
 silną reakcją organizmu (ból brzucha, głowy, wymioty)  obojętnie  z niecierpliwością

Uwagi: .....

.....

16. Temperament mojego dziecka określiłbym (-abym) jako:

- spokojny, zrównowagony  ruchliwy, żwawy  towarzyski, otwarty  zamknięty, samotnik  ostrożny  
 lękowy  typ przywódcy  optymistyczny  drażliwy  wybuchowy  wrażliwy  powściągliwy  
 łagodny  gadatliwy  pesymistyczny  poważny

Uwagi: .....

.....

17. Jak dziecko najczęściej funkcjonuje na co dzień?:

- jest zagubiona  przystosowuje się  jest agresywna  jest zamknięta  jest obojętna  
 jest wycofana  jest bezradna  jest nerwowa

Uwagi: .....

.....

18. Jakie obowiązki córka ma w domu i jak się z nich wywiązuje?

.....

.....

.....

19. Jakie są Państwa oczekiwania w stosunku do pobytu dziecka w naszym Ośrodku?:

.....

.....

.....

.....

.....







## DEKLARACJE RODZICÓW/OPIEKUNÓW (TRYB STACJONARNY)

1. W razie choroby lub planowanego 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 Piasecznie.
2. Deklaruję informować na bieżąco Dyрекcję Ośrodka w przypadku zmiany mojego miejsca zamieszkania oraz numeru telefonu kontaktowego. Zobowiązuję się do terminowego uiszczania opłat związanych z pobytym dziecka w Ośrodku w kwocie 600zł miesięcznie.
3. Wyrażam zgodę na udział mojej córki/podopiecznej w zawodach sportowych oraz imprezach i wycieczkach organizowanych przez Młodzieżowy Ośrodek Socjoterapii w Piasecznie poza terenem placówki.
4. Wyrażam zgodę na udział mojej córki/podopiecznej w zajęciach edukacyjnych wychowania do życia w rodzinie oraz w lekcjach religii.
5. Wyrażam zgodę na wykonywanie przez moją córkę/podopieczną zajęć/dyżurów porządkowych związanych z całym okresem pobytu dziecka w placówce.
6. Zostałem poinformowany, że Ośrodek nie ponosi odpowiedzialności za zgubione, skradzione lub zniszczone telefony komórkowe, odtwarzacze multimedialnych i inne rzeczy wychowanki.
7. Zobowiązuję się do pokrycia kosztów szkód wyrządzonych przez dziecko w Ośrodku (zepsucie, zniszczenie, zagubienie itp.).
8. Zobowiązuję się do odbioru wszystkich rzeczy wychowanki w przypadku jej odejścia z Placówki w przeciągu miesiąca od opuszczenia Ośrodka. Po upływie tego czasu zostawione rzeczy będą przekazane na cele charytatywne. Za rzeczy wychowanek, które uciekły z Ośrodka, placówka nie ponosi odpowiedzialności.
9. Zobowiązuję się do systematycznego kontaktu z Dyрекcją, wychowawcą grupy i wychowawcą klasy oraz udziału w spotkaniach dla Rodziców w podanych terminach.
10. Wyrażam zgodę na sformułowanie i wdrożenie dla mojego dziecka indywidualnego programu edukacyjno-terapeutycznego (IPET). W tym celu upoważniam Dyрекcję MOS w Piasecznie 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.
11. Zobowiązuję się do wyposażenia córki przebywającej w Ośrodku w:
  - ubiór szkolny zgodny z wymaganiami (np. skromne bluzki zakrywające brzuch, bez większych dekoltów, bez napisów i symboli subkulturowych, nie porwane spodnie, spódnice odpowiednio długie bez rozporków),
  - odzież, bieliznę osobistą (piżama, ręczniki, szlafrok),
  - przedmioty higieny osobistej (mydło, szampon, proszek do prania, papier toaletowy, chusteczki higieniczne, podpaski),
  - podręczniki i przybory szkolne,
  - odpowiednie obuwie (do szkoły – całe buty na białej podeszwie lub wygodne sandały), kapcie,
  - strój galowy, którego dziewczęta nie zabierają do domu na przepustki (biała bluzka, spódnica lub sukienka i eleganckie buty),
  - strój gimnastyczny (dres) i obuwie sportowe na WF



12. Zobowiązuję się do zabierania mojej córki/podopiecznej na przepustki przynajmniej raz na dwa tygodnie oraz na czas świąt (wychowanek 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.

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 Piasecznie – od czasu wyjścia do powrotu do placówki.

13. Wyrażam/nie wyrażam zgodę/y 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 Piasecznie.

14. Zgadzam się na możliwość odwiedzania mojej córki/podopiecznej w MOS Piaseczno 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/

## OŚWIADCZENIE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

Ze wszystkimi powyższymi punktami obowiązującymi w Młodzieżowym Ośrodku Socjoterapii w Piasecznie zapoznałem/am się i zobowiązuję się do ich realizacji:

.....  
/data/

.....  
/czytelny podpis rodzica/opiekuna/



## OŚWIADCZENIE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO O ZAPOZNANIU SIĘ Z ZASADAMI FUNKCJONOWANIA I DOKUMENTACJĄ PLACÓWKI

**Umieszczenie dziecka w Placówce nie zwalnia rodziców/opiekunów z obowiązku wychowania i opieki nad dzieckiem. Wychowawcy nie wyręczają rodziców lecz pomagają w przewyżczeniu trudności wychowawczych i szkolnych dziecka.**

Będąc świadomym powyższego, ja niżej podpisany/a oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami funkcjonowania i dokumentami Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii w Piasecznie, tj.:

- Statutem MOS w Piasecznie
- Programem Profilaktyki MOS w Piasecznie
- Koncepcją Pracy MOS w Piasecznie
- Statutem Szkoły im. św. Małgorzaty z Kortony w Piasecznie
- Regulaminem korzystania z dziennika elektronicznego „Librus – Synergia”

i zobowiązuję się do przestrzegania zasad współpracy opisanych w powyższych dokumentach dla dobra mojego dziecka.

.....  
/data/

.....  
/czytelny podpis rodzica/opiekuna/



## WYCHOWANKA (TRYB STACJONARNY)

1. Od wychowanki Ośrodka wymaga się respektowania wymogów regulaminu Ośrodka w szczególności dotyczących:
  - a) Wyglądu zewnętrznego:
    - w szkole obowiązuje mundurek, tenisówki na białej podeszwie lub sandały sportowe,
    - ubiór wychowanki winien odznaczać się łańdem, skromnością i schludnością,
    - wychowanki nie mogą farbować włosów, malować się, robić tatuaży, piercingu i tuneli, stosować biżuterii na zęby.
  - b) Bezwzględne zakazu posiadania i spożywania wszelkich używek (alkohol, narkotyki, papierosy, dopalacze, leki, itp.).
  - c) Zakazu posiadania telefonów komórkowych, odtwarzaczy multimedialnych, laptopów, zapalek, zapalniczek, akcesoriów służących do piercingu podczas przebywania w Ośrodku.
  - d) Zakazu pożyczania rzeczy pomiędzy wychowankami.
2. 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 w dni wolne wg zasad ustalonych przez rodziców/opiekunów i wychowawców.
3. Wychowawczynie ma prawo do kontroli rzeczy wychowanki przy przyjęciu do placówki i każdorazowo po powrocie do Ośrodka z przepustki i odbierania przedmiotów zakazanych i niebezpiecznych.
4. W przypadku podejrzenia o posiadanie lub używanie środków odurzających wychowawca ma prawo wykonać test na obecność narkotyków, który zostaje zakupiony na koszt wychowanki.
5. Wychowanka przebywająca w Ośrodku – placówce katolickiej uczestniczy codziennie w modlitwie: Koronki do Miłosierdzia Bożego, w niedzielę, święta i w pierwszy piątek miesiąca we Mszy św., w okresie Adwentu w Roratach, w okresie Wielkiego Postu w Drodze Krzyżowej, w październiku w nabożeństwie różańcowym, w maju w nabożeństwach majowych.
6. Za rzeczy zaginione, przedmioty wartościowe, pieniądze, które nie zostały zgłoszone i oddane wychowawczynie do depozytu Ośrodek nie ponosi odpowiedzialności.

## OŚWIADCZENIE WYCHOWANKI

*Ja niżej podpisana oświadczam, iż zapoznałam się z powyższymi punktami i zobowiązuję się do:*

- ich bezwzględnego przestrzegania,
- zapoznania się z zasadami funkcjonowania opisanymi w „Regulaminie Wychowanki” i „Regulaminie Uczennicy” oraz bezwzględnego przestrzegania zawartych tam wytycznych,
- terminowego powrotu z przepustek udzielonych mi za zgodą wychowawcy. W razie złamania zasad Ośrodka poniosę pełne konsekwencje określone w Statucie placówki łącznie z wystąpieniem do Sądu o zmianę środka wychowawczego i skreśleniem z listy wychowanek.

.....  
/data/

.....  
/czytelny podpis wychowanki/



## DOKUMENTACJA

W dniu ..... w Młodzieżowym Ośrodku Socjoterapii w Piasecznie złożone zostały poniższe dokumenty:

<b>L.p.</b>	<b>Dokument</b>	<b>Oryginał</b>	<b>Kopia</b>
1.	Odpis aktu urodzenia		
2.	Potwierdzenie zameldowania		
3.	Zdjęcia legitymacyjne 4 szt.		
4.	Karta zdrowia ucznia		
5.	Zaświadczenie z OKE o wynikach egzaminu z Szkoły Podstawowej		
6.	Świadectwo ukończenia Szkoły Podstawowej		
7.	Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego		
8.	Orzeczenie o niepełnosprawności (jeśli dziecko posiada)		
9.	Opinie i wyniki badań psychologicznych i lekarskich		
10.	Metryka chrztu		
11.	Karta leczenia szpitalnego		
12.	Świadectwo ukończenia Branżowej Szkoły I Stopnia		
13.	Certyfikat Kwalifikacji Zawodowej		
14.	Dyplom zawodowy + suplement		
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			

.....  
/podpis pracownia MOS Piaseczno/

.....  
/podpis rodzica/opiekuna/





**KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO UCZNIA KLASY ..... SZKOŁY PODSTAWOWEJ / KLASY I SZKOŁY PONADPODSTAWOWEJ**  
(informacje tylko do użytku ochrony zdrowia, objęte tajemnicą zawodową)

Nazwisko i imię uczennicy .....  
data urodzenia ..... PESEL ..... klasa .....

**1. INFORMACJE PIELEŃNIARKI/HIGIENISTKI SZKOLNEJ**

**Wysokość ciała:** ..... cm ..... centyl **Masa ciała** ..... kg ..... centyl **BMI** ..... kg/m<sup>2</sup> ..... centyl

Zastosowano siatki centylowe (nazwa, rok opracowania): .....

**Wzrok:** ostrość wzroku:  bez okularów,  w okularach: OP ..... OL .....

inne zaburzenia .....

**Słuch:** test:  szeptem,  audiometryczny; wynik:  prawidłowy,  nieprawidłowy

inne uwagi .....

**Układ ruchu:**  prawidłowy, podejrzenie:  boczno skrzywienia kręgosłupa,  nadmiernej kifozy piersiowej

inne uwagi .....

**Ciśnienie tętnicze krwi:** ..... mmHg, centyl ciśn. skurczowego:  poniżej 90,  pomiędzy 90÷95,  powyżej 95

centyl ciśn. rozkurczowego:  poniżej 90,  pomiędzy 90÷95,  powyżej 95

**Inne uwagi:** .....

data: ..... podpis i pieczęć pielęgniarki szkolnej: .....

**2. INFORMACJE RODZICÓW/OPIEKUNÓW O DZIECKU**

**Przebyte przez dziecko choroby, urazy, operacje w ostatnich trzech latach:**

Rok życia	Rodzaj

**Problemy w rodzinie** (choroby przewlekłe, niepełnosprawności lub inne trudności mogące mieć wpływ na funkcjonowanie dziecka w szkole): .....

**Czy dziecko:**

- ma uczulenie (alergię):  NIE,  TAK - no co: .....  
objawy uczulenia .....
- używa:  okularów,  aparatu ortodontycznego,  wkładek ortopedycznych
- przyjmuje leki:  NIE,  TAK - jakie: .....
- jest pod opieką poradni specjalistycznej:  NIE,  TAK - jakiej: .....

**Dolegliwości i objawy, które występowały u dziecka w ostatnich 12 miesiącach, częste:**

bóle głowy,  bóle brzucha,  biegunki,  zaparcia,  brak apetytu,  nadmierny apetyt,  dolegliwości przy oddawaniu moczu,  moczenie nocne,  napady duszności,  ataki paniki,  długotrwały kaszel;  długotrwały katar,  drgawki,  omdlenia,  zaburzenia snu,  tiki,  jękanie, inne – jakie: .....

**Przebieg miesiączkowania** (wiek pierwszej miesiączki, regularność i długość krwawień): .....

**Zaburzenia miesiączkowania:**  NIE,  TAK **Epizody odchudzania się:**  NIE,  TAK **Spadki masy ciała >15%:**  NIE,  TAK



**Zachowanie dziecka:**  nie budzi niepokoju,  nadruchliwość,  agresywność,  nieśmiałość,  płaczliwość,  mała zaradność,  
 trudności w samoobsłudze,  w zasypianiu,  w nauce,  apatia,  lęki,  wycofanie,  zaburzenia koncentracji uwagi,  
inne niepokojące objawy: .....

**Inne uwagi i życzenia rodziców/opiekunów:** .....

data: ..... podpis rodzica/opiekuna: .....

### 3. WYNIKI BADANIA LEKARSKIEGO

**Wzrastanie:**  prawidłowe,  niskorostłość,  nadwaga,  otyłość,  niedobór masy ciała,  inne odchylenia: .....

**Dojrzewanie płciowe wg skali Tannera:** .....

**Rozwój psychospołeczny:**  prawidłowy,  z zastrzeżeniami: .....

**Układ ruchu:**  prawidłowy,  boczne skrzywienie kręgosłupa,  nadmierna kifoza piersiowa,  inne odchylenia: .....

**Tarczycza:**  prawidłowa,  wyczuwalne guzki,  wole,  inne nieprawidłowości: .....

**Skóra:** .....

**Jama ustna:** .....

**Pozostałe układy:**  prawidłowe,  nieprawidłowe: .....

**PROBLEM ZDROWOTNY – rozpoznanie:** .....

**GRUPA NA ZAJĘCIACH WF:**  A,  A<sub>s</sub>,  B,  B<sub>k</sub>,  C,  C<sub>L</sub> – zalecenia: .....

Może uczestniczyć w zawodach sportowych i sprawdzianach:  TAK,  NIE

**Zalecenia dla uczennicy, rodziców/opiekunów oraz pielęgniarki szkolnej dotyczące opieki czynnej w szkole:** .....

**Ewentualne przeciwwskazania do dalszej nauki/wyboru zawodu:** .....

data: ..... podpis i pieczęć lekarza: .....





### KWESTIONARIUSZ OSOBOWY WYCHOWANKI

NAZWISKO I IMIĘ WYCHOWANKI:	
MIEJSCE I DATA URODZENIA: (MIEJSCOWOŚĆ, WOJEWÓDZTWO)	
NR PESEL:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
WAGA, WZROST, KOLOR OCZU:	
BUDOWA CIAŁA:	WĄTLA / SZCZUPLA / NORMALNA / KRĘPA / OTYŁA
ZNAKI SZCZEGÓLNE:	
ADRES ZAMIESZKANIA: (KOD, MIEJSCOWOŚĆ, ULICA)	
NR TELEFONU WYCHOWANKI	
ADRES E-MAIL WYCHOWANKI	
KTO SPRAWUJE OPIEKĘ:	RODZICE / DOM DZIECKA / RODZINA ZASTĘPCZA / OPIEKUN PRAWNY
NAZWISKO I IMIĘ OJCA:	
ADRES ZAMIESZKANIA OJCA:	
WŁADZA RODZICIELSKA OJCA:	PEŁNA / OGRANICZONA / ZAWIESZONA / POZBAWIONY / NIE ŻYJE
NR TELEFONU OJCA / E-MAIL:	
NAZWISKO I IMIĘ MATKI:	
ADRES ZAMIESZKANIA MATKI:	
WŁADZA RODZICIELSKA MATKI:	PEŁNA / OGRANICZONA / ZAWIESZONA / POZBAWIONA / NIE ŻYJE
NR TELEFONU MATKI / E-MAIL:	
NAZWISKO I IMIĘ OPIEKUNA PRAWNEGO:	
STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA OPIEKUNA	
ADRES OPIEKUNA PRAWNEGO:	
NR TEL. OPIEKUNA PRAWNEGO / E-MAIL:	

WYPEŁNIA OŚRODEK	GRUPA:	DATA WPISU:	KLASA:
------------------	--------	-------------	--------



## OŚWIADCZENIE

NAZWISKO I IMIĘ WYCHOWANKI: .....

Nazwa i adres przychodni podstawowej opieki zdrowotnej, do której dziecko jest zapisane:

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

Wszystkie świadczenia medyczne będą wykonywane w wyżej wymienionej przychodni.

.....  
*/data/*

*/czytelny podpis rodzica/opiekuna/*



## ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH DZIECKA

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojej córki/podopiecznej ..... zawartych w podaniu o przyjęcie do Placówki oraz wszelkich dokumentach w trakcie pobytu córki/podopiecznej w **Młodzieżowym Ośrodku Socjoterapii „Dom Matki Dobrego Pasterza” w Piasecznie, ul. Zgoda 14**, zgodnie z art. 9 ust. 2 lit. a w zwłaszcza z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 26 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, zwane dalej RODO oraz odpowiednich przepisów prawa powszechnie obowiązującego; oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o niżej zawartych informacjach.
2. Administratorem danych osobowych moich i mojej córki/podopiecznej jest **Młodzieżowy Ośrodek Socjoterapii „Dom Matki Dobrego Pasterza”, z siedzibą w Piasecznie, ul. Zgoda 14**. Kontakt z Administratorem jest możliwy pod adresem mailowym: [iod@pasterzanki.pl](mailto:iod@pasterzanki.pl) lub listownie.
3. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji przez Administratora celów przetwarzania.
4. Mam prawo do dostępu do podanych danych osobowych, a także prawo żądania ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie.
5. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uznam, iż przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy prawa.
6. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale stanowi warunek konieczny do złożenia i rozpatrzenia podania o przyjęcie oraz uczęszczania do placówki oświatowej.

.....  
/data/

.....  
/czytelny podpis rodzica/opiekuna/



## ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU DZIECKA

Oświadczam, że wyrażam nieodpłatną, nieograniczoną w czasie i co do terytorium zgodę dla **Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii „Dom Matki Dobrego Pasterza” w Piasecznie przy ul. Zgoda 14** na umieszczanie i publikowanie zdjęć oraz materiałów filmowych zawierających wizerunek oraz wypowiedzi mojej córki/podopiecznej ..... na stronie internetowej Placówki <http://mos-piaseczno.pl>, zarejestrowane podczas pobytu w Placówce, uczestniczenia dziecka w konkursach organizowanych przez Administratora, uczestnictwa w wycieczkach/wyjściach plenerowych, podczas realizacji zadań statutowych Placówki.

Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę, przeróbkę, łączenie i powielanie wykonanych filmów i zdjęć w formie cyfrowej i analogowej za pośrednictwem dowolnego medium, w szczególności prasy i Internetu. Przeniesienie niniejszego zezwolenia na osobę trzecią nie wymaga mojej uprzedniej zgody na taką czynność.

.....  
/data/

.....  
/czytelny podpis rodzica/opiekuna/

### Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o tym, że:

1. Administratorem danych osobowych moich i mojej córki/podopiecznej jest **Młodzieżowy Ośrodek Socjoterapii „Dom Matki Dobrego Pasterza”, z siedzibą w Piasecznie, ul. Zgoda 14**. Kontakt z Administratorem jest możliwy pod adresem mailowym: [iod@pasterzanki.pl](mailto:iod@pasterzanki.pl) lub listownie.
2. Powyższe dane osobowe będą przetwarzane w następujących celach: wykorzystania w materiałach prasowych i publikacjach powstałych w trakcie funkcjonowania placówki oświatowej, trwania imprez szkolnych, wycieczek szkolnych oraz wyjść plenerowych.
3. Podstawą prawną przetwarzania podanych danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. F Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679, z dnia 26 kwietnia 2016 r., tj. prawnie uzasadniony interes realizowany przez Administratora polegający na promocji wydarzenia.
4. Powyższe dane osobowe mogą zostać powierzone lub udostępnione: podmiotom dostarczającym i wspierającym systemy informatyczne stosowane przez Administratora oraz podmiotom świadczącym usługi związane z bieżącą działalnością Administratora.
5. Powyższe dane osobowe przetwarzane będą przez czas niezbędny do realizacji promocji wydarzenia oraz czas niezbędny do dochodzenia ewentualnych praw z tytułu przetwarzania wizerunku.
6. Mam prawo do dostępu do podanych danych osobowych, a także prawo do żądania ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, usunięcia danych, złożenia sprzeciwu wobec faktu ich przetwarzania oraz do wniesienia skargi do organu nadzorczego.
7. Podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne.

.....  
/data/

.....  
/czytelny podpis rodzica/opiekuna/