Szczecin, dn.

**Informacje do procesu dydaktyczno- terapeutycznego**

Imię i nazwisko wychowanka:……………………………………………………………………………………………………………………………….

Data i miejsce urodzenia, Pesel:……………………………………………………………………………………………………………………………

Adres zameldowania na pobyt stały:…………………………………………………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania:………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Imiona, nazwiska, adresy zamieszkania, numery telefonów, **adresy email**

Ojciec:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Matka:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Opiekun prawny……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Osoba sprawująca faktyczną opiekę……………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Inne istotne informacje o środowisku rodzinnym wychowanka………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nazwa i adres szkoły, do której dotychczas uczęszczał wychowanek…………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nazwa i adres szkoły rejonowej……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Pomoc psychologiczno- pedagogiczna udzielona dotychczas wychowankowi…………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Środki wychowawcze orzeczone przez Sąd, w tym kurator…………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Trwające postępowanie wobec wychowanka, prowadzone przez policję lub sąd, sygn. akt………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Pomoc na rzecz rodziny, świadczona przez jednostkę pomocy społecznej lub inne organizacje……………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Problemy wychowawcze:

Wagary

Ucieczki z domu

Agresja

Kradzieże

Palenie papierosów

Picie alkoholu

Używanie środków psychoaktywnych

Uzależnienia behawioralne

Inne problemy

**Informacja dla opiekuna prawnego wychowanka Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii im. Św. Brata Alberta, ul. Świerkowa 7, 71-486 Szczecin**

Numery telefonów

Stacjonarny: 914538026

Komórkowy wychowawcy: 609090240

Komórkowy specjaliści: 609094488

Komórkowy sekretariat: 721707064

Dyrektor [koszewska@mosbrataalberta.szczecin.pl](mailto:koszewska@mosbrataalberta.szczecin.pl)

Sekretariat [mos@mosbrataalberta.szczecin.pl](mailto:mos@mosbrataalberta.szczecin.pl)

Wychowawcy grupy

Wychowawca klasy

Numer konta bankowego do przelewów za wyżywienie oraz na cele statutowe

**27 1090 1492 0000 0001 5926 9516**

Kontakt telefoniczny z synem /podopiecznym codziennie od godz. 20:00 do 21:30 pod numerem 609090240 lub na numer syna/podopiecznego

**400 zł za miesiąc- w tytule wpisać opłata statutowa, imię i nazwisko dziecka**

**150 zł – jednorazowa wpłata na wyprawkę**

Szczecin, dnia ………………….

…………………………………………………………………….

Imię i nazwisko wnioskodawcy

…………………………………………………………………….

……………………………………………………………………..

Adres zamieszkania, nr telefonu

Dyrektor Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii

im. Św. Brata Alberta

Wniosek o przyjęcie do Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii

Proszę o przyjęcie do Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii im. Św. Br. Alberta oraz do klasy ………... Specjalnej Szkoły Podstawowej im. Św. Brata Alberta w Szczecinie mojego syna/podopiecznego

………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………..

Imię i nazwisko dziecka

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

data i miejsce urodzenia, Pesel

Do wniosku dołączam następujące dokumenty:

1. Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego
2. Opinię o dziecku
3. Odpis skrócony aktu urodzenia
4. Poświadczenie zameldowania
5. Świadectwo szkolne z ubiegłego roku szkolnego
6. Zdjęcie do legitymacji
7. Inne dokumenty

………………………………

Podpis wnioskodawcy

Szczecin, dn. …………….

………………………………………………………………….

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

……………………………………………………………………..

Nr dowodu osobistego

………………………………………………………………………

Nr telefonu

**Oświadczenia w sprawie opieki medycznej sprawowanej nad moim synem/podopiecznym podczas jego pobytu w MOS im. Św. Brata Alberta w Szczecinie**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Imię i nazwisko wychowanka, pesel

1. Nazwa i adres przychodni, która obejmuje opieką medyczną mojego syna/podopiecznego

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Oświadczam, że mój syn/podopieczny pozostaje pod opieką wyżej wymienionej przychodni podczas swego pobytu w MOS

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

podpis rodzica/opiekuna

1. Wyrażam zgodę na udzielanie pomocy psychiatrycznej mojemu synowi/podopiecznemu w placówkach służby zdrowia. Upoważniam dyrektora MOS do wyznaczenia pracownika, który będzie sprawował nad nim opiekę podczas diagnozowania i leczenia oraz będzie udzielał i przyjmował informacje o stanie zdrowia mojego syna/podopiecznego

………………………………………………………………………

podpis rodzica/opiekuna

1. Wyrażam zgodę na udzielanie pomocy medycznej w sytuacjach nagłych mojemu synowi/podopiecznemu w placówkach służby zdrowia. Upoważniam dyrektora MOS do wyznaczenia pracownika, który będzie sprawował nad nim opiekę podczas diagnozowania i leczenia oraz będzie udzielał i przyjmował informacje o stanie zdrowia mojego syna/podopiecznego

………………………………………………………………………

podpis rodzica/opiekuna

1. Mój syn/podopieczny cierpi na następujące przewlekłe lub ciężkie choroby:

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

1. Mój syn/podopieczny przyjmuje na stałe następujące leki:

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

**Przyjmuję do wiadomości, że leki będą podawane dziecku wyłącznie w przypadku dostarczenia zaświadczenia od lekarza o konieczności podania leków i sposobie ich dawkowania.**

**Oświadczam, że dostarczyłam/em zaświadczenie lekarskie.**

1. Mój syn/podopieczny jest uczulony na

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

W przypadku wystąpienia objawów, takich jak ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

należy dziecku udzielić następującej pomocy

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Oświadczam, że jestem opiekunem prawnym………………………………………………………………………………………………

imię i nazwisko dziecka

……………………………………………..

podpis rodzica/opiekuna

Szczecin, dn. …………………………………….

……………………………………………………………

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna

………………………………………………………….

Nr dowodu osobistego

**Oświadczenia w sprawie pobytu w MOS im. Św. Brata Alberta w Szczecinie mojego syna/podopiecznego**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

imię i nazwisko wychowanka

* Zgodnie z Ustawą z dn. 10. 05. 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1000) wyrażam zgodę na umieszczanie w Internecie, prasie, telewizji, kronice MOS, tablicach ściennych i folderach, zdjęć i filmów zawierających wizerunek mojego syna/podopiecznego, zarejestrowany podczas różnych wydarzeń w związku z pobytem w MOS.

………………………………………………………

podpis rodzica/opiekuna

* Wyrażam zgodę na udzielanie mojemu synowi/podopiecznemu pomocy psychologiczno- pedagogicznej oraz uczestniczenie przez niego w zajęciach wynikających z programu wychowawczego MOS, prowadzonych w placówce i poza placówką.

………………………………………………………

podpis rodzica/opiekuna

* Wyrażam zgodę na udział mojego syna/podopiecznego w lekcjach religii oraz w lekcjach wychowanie do życia w rodzinie.

………………………………………………………

podpis rodzica/opiekuna

* Wyrażam zgodę na diagnozowanie obecności środków psychoaktywnych w wydychanym powietrzu i płynach ustrojowych mojego syna/podopiecznego.

………………………………………………………

podpis rodzica/opiekuna

* Wyrażam zgodę na przewożenie mojego syna/podopiecznego samochodem służbowym MOS pod opieką pracownika pedagogicznego.

………………………………………………………

podpis rodzica/opiekuna

* Zobowiązuję się do przestrzegania wszelkich umów pisemnych i ustnych zawartych z pracownikami pedagogicznymi i dyrekcją MOS dotyczących wychowania mojego syna/podopiecznego oraz do informowania o wydarzeniach , które mogą mieć wpływ na przebieg procesu wychowawczego.

…………………………………………………….

podpis rodzica/opiekuna

* Zobowiązuję się do naprawy lub pokrycia kosztów naprawy bądź wymiany uszkodzonego przez mojego syna/podopiecznego mienia ośrodka.

…………………………………………………….

podpis rodzica/opiekuna

* Przyjmuję do wiadomości i akceptuję fakt, że ośrodek nie bierze odpowiedzialności za zagubioną lub zniszczoną odzież mojego syna/podopiecznego.

…………………………………………………….

podpis rodzica/opiekuna

* Zobowiązuję się do ponoszenia zryczałtowanej odpłatności za wyżywienie mojego syna/podopiecznego w wys. 400 zł/miesiąc do 15 dnia każdego miesiąca.

…………………………………………………….

podpis rodzica/opiekuna

* Zobowiązuje się do wpłaty 150 zł na rok szkolny na cele statutowe ośrodka.

…………………………………………………….

podpis rodzica/opiekuna

* Wyrażam zgodę/ Nie wyrażam zgody na samodzielne przejazdy mojego syna/podopiecznego do miejsca zamieszkania oraz do ośrodka. Biorę odpowiedzialność za jego życie i zdrowie podczas samodzielnej podróży.

…………………………………………………….

podpis rodzica/opiekuna

* Wyrażam zgodę na samodzielne wyjścia mojego syna/podopiecznego poza teren ośrodka. Biorę odpowiedzialność za jego życie i zdrowie podczas samodzielnego przebywania poza ośrodkiem.

…………………………………………………….

podpis rodzica/opiekuna

* Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się ze Standardami Ochrony Małoletnich obowiązującymi w MOS im. Św. Brata Alberta w Szczecinie

…………………………………………………

Podpis rodzica/opiekuna

* Oświadczam, że jestem opiekunem prawnym……………………………………………………………………………………………

imię i nazwisko dziecka

…………………………………………………….

podpis rodzica/opiekuna

**Wyposażenie wychowanka /ucznia w Młodzieżowym Ośrodku Socjoterapii im. Św. Br. Alberta**

Przedstawiamy Państwu najważniejsze wyposażenie dziecka, które powinno posiadać przy przyjęciu do ośrodka oraz w trakcie jego pobytu. Informujemy, że w trakcie roku szkolnego istnieje możliwość wysyłania paczek dla Państwa dziecka.

Higiena osobista

* Szczoteczka (2 sztuki) oraz pasta do zębów
* Mydło, żel, szampon
* Klapki pod prysznic
* Dezodorant sztyft/kulka
* Ręcznik mały i duży
* Inne środki, po uzgodnieniu z wychowawcą

Szkoła

* Zeszyty, materiały piśmiennicze (wyposażony piórnik szkolny)
* Plecak szkolny+ worek na obuwie sportowe
* Strój sportowy, w tym obuwie, na zajęcia wychowania fizycznego
* bidon
* Inne akcesoria- po uzgodnieniu z wychowawcą

Podręczniki oraz ćwiczenia zapewnia szkoła

**Proszę mieć na uwadze, że dzieci niszczą zeszyty, zużywają materiały piśmiennicze. Wyposażenie dziecka należy systematycznie uzupełniać!!!**

Odzież i obuwie

* Odzież wierzchnia odpowiadająca danej porze roku
* Obuwie odpowiednie do pory roku
* Obuwie zmienne (druga para)
* Klapki
* Spodnie: minimum dwie pary dresowych i jedna para dżinsowych
* Bielizna (skarpety plus majtki min 5 par)
* Strój galowy
* Inne rzeczy- po uzgodnieniu z wychowawcą

**Proszę mieć na uwadze, że dzieci gubią swoją bieliznę. Wyposażenie dziecka należy systematycznie uzupełniać!!!**

**Odzież z hasłami lub znakami promującymi przemoc, środki psychoaktywne lub inne niestosowne nie mogą być noszone w ośrodku!!!**

Ochrona zdrowia

* Dbając o zdrowie i bezpieczeństwo Państwa dzieci informujemy, iż lekarstwa- bez przypisanego przez lekarza zlecenia i dawkowania nie będą wydawane.
* Dostarczone przez opiekuna lekarstwa oraz specyfikacja ich dawkowania muszą być podpisane przez lekarza łącznie z pieczęcią
* Wydawanie leków jest monitorowane przez pielęgniarkę placówki

**Proszę pod żadnym pozorem nie pakować dziecku lekarstw do torby. Leki mają być dostarczone przez opiekuna osobiście bądź wysłane w paczce!!!**

Sprzęt elektroniczny

* Informujemy, że dopuszcza się możliwość posiadania i użytkowania przez podopiecznego telefonu komórkowego oraz sprzętu multimedialnego w ściśle określonych godzinach
* Ww. sprzęt elektroniczny jest umieszczony w depozycie przypisanym oddzielnie dla każdego wychowanka

Wykaz przedmiotów zakazanych:

* Papierosy i e papierosy oraz cały osprzęt do nich
* Wszelkie substancje zmieniające świadomość (alkohol, środki psychoaktywne, leki bez zlecenia lekarskiego)
* Napoje energetyczne
* Wszelkie ostre akcesoria np. noże, scyzoryki, kastety
* Odzież z hasłami lub znakami promującymi przemoc, środki psychoaktywne lub inne niepożądane zjawiska bądź hasła
* Zapałki, zapalniczki
* **Wszelkie przedmioty i substancje uznane za niebezpieczne: decyduje wychowawca przy przyjęciu lub w trakcie pobytu w placówce**

Szczecin, dn. …………………….

…………………………………………………

Pieczątka firmowa szkoły

**Oświadczenie rodzica/opiekuna prawnego**

**dotyczące zasad korzystania z bezpłatnych podręczników i materiałów edukacyjnych**

Zgodnie z ustawą z dnia 14. 12. 2016 r.- Prawo oświatowe (Dz. U. 2017, poz. 59) oraz rozporządzeniem MEN z dnia 16. 03. 2017 r. (Dz. U. 2017 poz. 691) zostałem/am poinformowana o możliwości bezpłatnego korzystania przez mojego syna/podopiecznego

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

z podręczników i materiałów edukacyjnych z zasobów Specjalnej Szkoły Podstawowej im. Św. Brata Alberta w Szczecinie w ramach dotacji celowej na podręczniki do klasy …………………. Zobowiązuję się do zwrotu kosztów ich zakupu w przypadku uszkodzenia, zniszczenia lub niezwrócenia.

Data………………………….. ……………………………………………………

podpis rodzica/opiekuna