

**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**

Nazwisko i imię

Imię drugie..... P: _____

1. Data urodzenia.....miejscowość

2. Dane o rodzicach	Matka	Ojciec	Uwagi o sytuacji rodzinnej
Miejsce zamieszkania			
Miejsce zameldowania			
Województwo/gmina/powiat			
Telefony do kontaktu			
Pozostałe telefony do kontaktu			

3. Adres dziecka.....

4. Adres placówki (jeżeli dotyczy),
.....województwo.....
gmina.....powiat.....tel.....

5. Orzeczenie PPP: adres/nr/data/regon.....
.....

6. Sąd Rejonowy
.....tel.....

7. Poprzednia szkoła
.....tel.....

8. Zapisany na prośbę: rodziców/matki/ojca/opiekuna/ placówki
.....

9. Orzeczenie o niepełnosprawności:

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

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 Specjalnej w Młodzieżowym Ośrodku Socjoterapii w Zespole
Placówek Oświatowych w Strzelinie ul. Ząbkowicka 30, 57 – 100 Strzelin.**

.....
Podpis rodzica/opiekuna

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

VI Dodatkowe informacje o dziecku

VIII Sytuacja zdrowotna

.....
(podpis przeprowadzającego wywiad)

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

Strzelin, dn.

Oświadczenie

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

Zobowiązuje się do terminowego uiszczania opłat za wyżywienie mojego

dziecka/podopiecznego.....

Pesel rodzica/opiekuna prawnego.....

.....
Podpis rodzica/opiekuna

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

Strzelin, dn.

Oświadczenie rodzica/opiekuna

Wyrażam zgodę na samodzielne wyjazdy i powroty syna/podopiecznegour.
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 uzbieraniu odpowiedniej ilości punktów.

.....
Podpis rodzica/opiekuna

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

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 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.

.....

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

Strzelin, dn.

OŚWIADCZENIA RODZICA/OPIEKUNA

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

.....

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

.....

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

.....

Załącznik nr 1
do systemu pomocy psychologiczno-pedagogicznej
w Zespole Placówek Oświatowych w Strzelinie

Strzelin, dnia

.....

.....

.....

ZGODA RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO

Wyrażam / nie wyrażam zgody na udzielenie mojemu dziecku / podopiecznemu

.....

pomocy psychologiczno – pedagogicznej w Zespole Placówek Oświatowych w Strzelinie.

Jednocześnie wyrażam / nie wyrażam zgody na przeprowadzenie niezbędnych w tym celu badań diagnostycznych.

.....

Podpis rodzica / opiekuna prawnego

.....
Imię i nazwisko wychowanka

Strzelin, dn.

OŚWIADCZENIE

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

.....
Podpis wychowanka

OŚWIADCZENIE

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

.....
Podpis rodzica/opiekuna

.....
(pieczęć placówki)

.....
(miejscowość, data)

Dyrektor
Zespołu Placówek Oświatowych
w Strzelinie ul. Ząbkowicka 30

OŚWIADCZENIE

Oświadczamy, że jako placówka pełniąca opiekę nad wychowankiem

.....
(imię i nazwisko wychowanka)

zobowiązujemy się do regularnego (minimum co 2 tygodnie, oraz w okresie ferii, wakacji i świąt) przyjmowania go na okres urlopowania, pod warunkiem, że spełni wymogi regulaminowe MOS i otrzyma zgodę na przepustkę.

.....
(pieczęć Dyrektora placówki)

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(adres zamieszkania)

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

OŚWIADCZENIE

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

.....
(imię i nazwisko wychowanka)

zobowiązujemy się do regularnego (minimum co 2 tygodnie, oraz w okresie ferii, wakacji i świąt) przyjmowania go na okres urlopowania, pod warunkiem, że spełni wymogi regulaminowe MOS i otrzyma zgodę na przepustkę.

.....
(podpis rodzica/opiekuna)

Karta informacyjna dla pielęgniarki

Imię i nazwisko

Pesel

Adres zamieszkania

Telefon rodzica/ opiekuna

Przebyte choroby, urazy

.....

Czy zażywa leki?

1. TAK – jakie?

2. NIE

Dziecko jest uczulone na leki (przeciwbólowe, inne)

1. TAK – jakie?

2. NIE

Czy wyrażają Państwo zgodę na podanie leku w razie potrzeby?

1. TAK

2. NIE

Czy wyrażają Państwo zgodę na przekazanie informacji o stanie zdrowia dziecka w razie potrzeby: wychowawcy, pedagogowi, nauczycielowi w-f?

1. TAK

2. NIE

Czy wyrażają Państwo zgodę na przeglądy czystości?

1. TAK

2. NIE

Czy dziecko jest leczone w Poradni specjalistycznej/jakiej/.....

.....

Czy zażywa lekijakie.....

.....
(podpis rodzica/opiekuna)

.....
(miejscowość, data)

Dotyczy ucznia

Dotyczy RODO

Oświadczam, że zapoznałam/łem się z klauzulami związanymi z RODO i wyraziłam/łem na nie zgodę.

1. Klauzula informacyjna i zgoda w celu przetwarzania danych ucznia (2 szt)
2. Klauzula informacyjna i zgoda w celu upublicznienia wyników konkursów.
3. Klauzula informacyjna i zgoda na przetwarzanie danych ucznia w celu wyjazdu na wycieczkę.
4. Klauzula informacyjna i zgoda w celu upublicznienia wizerunku osoby.

.....

Podpis rodzica/prawnego opiekuna

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

Strzelin.....

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę 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.

.....

..... Strzelin, dnia.....

.....

.....

Dyrektor
Zespołu Placówek Oświatowych
w Strzelinie

**WNIOSEK RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO
O ORGANIZACJĘ LEKCJI RELIGII**

Proszę o zorganizowanie lekcji religii dla mojego dziecka/podopiecznego

.....
(imię i nazwisko dziecka)

ucznia/uczennicy klasy.....

szkoły.....

.....

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

INFORMACJE DLA RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH:

1. Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 kwietnia 1992 r. w sprawie warunków i sposobu organizowania nauki religii w szkołach publicznych (Dz. U. nr 36 z 1992, poz. 155 z późn. zm.)
2. Wniosek wypełniają tylko rodzice/prawni opiekunowie zainteresowani tym, aby ich dziecko uczęszczało na lekcje religii.
3. Brak wypełnienia przez rodziców/prawnych opiekunów dziecka wniosku oznacza, że dziecko nie będzie uczęszczało na lekcje religii.
4. Złożony przez rodziców/prawnych opiekunów wniosek o organizację lekcji religii jest wiążący dla Szkoły do momentu wycofania wniosku przez rodziców/prawnych opiekunów.
5. Złożenie wniosku nie musi być ponawiane w kolejnym roku szkolnym.
6. Rodzice/opiekunowie prawni mają prawo zmienić swoją decyzję, czyli w przypadku złożenia wniosku mają prawo wycofać go, a w przypadku niezłożenia wniosku – złożyć go.

Załącznik nr 2
do systemu pomocy psychologiczno-pedagogicznej
w Zespole Placówek Oświatowych w Strzelinie

.....
(wnioskodawca)

.....
(miejscowość, data)

Dyrektor

.....

W

Zgoda rodzica/opiekuna prawnego na udostępnienie danych osobowych dziecka

Zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1781 ze zm.) udzielam zgody Administratorowi Danych w Zespole Placówek Oświatowych w Strzelinie, ul. Ząbkowicka 30, 57-100 Strzelin na udostępnienie danych mojego dziecka

.....
(imię i nazwisko dziecka)

w zakresie

.....
(wskazać zakres, np. informacje dotyczące alergii pokarmowych, chorób, dysfunkcji)

pracownikom szkoły, rodzicom/opiekunom prawnym dzieci z grup zajęciowych, do których uczęszcza moje dziecko, innym osobom/podmiotom :

.....
(wskazać kategorię osób/podmiotów)

dla celów:

.....
(wskazać cel, np. ochrona zdrowia i życia, w szczególności umożliwienie niesienia niezbędnej pomocy medycznej w sytuacji tego wymagającej)

Mam świadomość, że podane przeze mnie dane mają charakter danych wrażliwych i podlegają szczególnej ochronie prawnej zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych. Mam świadomość, że bez mojej wyraźnej zgody ww. dane nie będą udostępniane innym podmiotom niż wymienione powyżej oraz że przysługuje mi prawo dostępu do treści danych oraz możliwość ich poprawiania.

Zgody udzielam dobrowolnie

(podpis rodzica/opiekuna)

Strzelin,

.....

imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

.....

seria i nr dowodu osobistego

**ZGODA RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO
NA BADANIE I LECZENIE UCZNIA**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań, leczenie ambulatoryjne i szpitalne oraz podjęcie wszelkich niezbędnych czynności w poradniach oraz placówkach leczniczych, w tym w placówkach leczenia psychicznego względem mojego syna/podopiecznego

.....

ur.w PESEL:

przebywającego obecnie w Młodzieżowym Ośrodku Socjoterapii w Zespole Placówek Oświatowych w Strzelinie.

Jednocześnie wyrażam zgodę na podawanie przez kadrę MOS w Strzelinie leków przepisanych przez lekarza lub środków farmakologicznych doraźnych w sytuacjach np. gorączki, bólu itp. dolegliwości podczas pobytu dziecka w ośrodku.

.....

podpis rodzica/opiekuna prawnego

.....
miejscowość, data

ZGODA NA REJESTRACJĘ I PUBLIKACJĘ WYDARZEŃ SZKOLNYCH

Wyrażam zgodę na rejestrację wydarzeń szkolnych, w tym przez osoby trzecie (wynajęty fotograf, operator, media itp.), w związku z realizacją zadań statutowych Zespołu Placówek Oświatowych w Strzelinie w celu dokumentowania, promowania i rozpowszechniania informacji o działaniach podejmowanych lub wspieranych przez ZPO w Strzelinie, w formie zdjęć/nagrań z zajęć, imprez i uroczystości szkolnych, wycieczek itp. oraz ich publikację w mediach społecznościowych (na platformie Facebook) oraz w prasie promującej placówkę.

Przyjmuję do wiadomości, że materiały zawierające wizerunek mojego dziecka / podopiecznego będą przechowywane w sposób zgodny z prawem i bezpieczny dla dzieci.

Jednocześnie oświadczam, że zdaję sobie sprawę z potencjalnego ryzyka wiążącego się z publikacją zdjęć / nagrań online jakim jest możliwość wykorzystania ich przez osoby trzecie bez mojej kontroli.

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

Zgodę wycofuję dn.

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

.....
(miejscowość, data)

**ZGODA NA REJESTROWANIE, WYKORZYSTANIE I UPUBLICZNIENIE
WIZERUNKU DZIECKA**

Zgodnie z ustawą o prawie autorskim i prawach pokrewnych oraz art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE. L Nr 119, str. 1) niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na nieodpłatne rejestrowanie (w tym przez osoby trzecie - wynajęty fotograf, operator, media itp.), wykorzystanie i upublicznienie w placówce, mediach społecznościowych, prasie itp. wizerunku mojego dziecka/podopiecznego:

.....
zarejestrowanego podczas wydarzeń szkolnych w związku z realizacją zadań statutowych Zespołu Placówek Oświatowych w Strzelinie w celu dokumentowania, promowania i rozpowszechniania informacji o działaniach podejmowanych lub wspieranych przez ZPO w Strzelinie.

Przyjmuję do wiadomości, że niniejsza zgoda nie wymaga każdorazowego zatwierdzania zdjęcia/nagrania przed jego publikacją, ważna jest do odwołania i może być wycofana w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem do przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

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

Zgodę wycofuję dn.

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