awMłodzieżowy Ośrodek Socjoterapii w Gołańczy
ul. Walki Młodych 35 d 62-130 Gołańcz
Tel. 67 2683157 ; 609-403-066
e-mail: mosgolancz@onet.pl www.mosgolancz.pl

…… ……
imię i nazwisko opiekuna prawnego /rodzica *miejscowość i data*

……
dokładny adres do korespondencji

…… ……
*Kontakt:: **nr telefonu** - **e-mail***

D y r e k t o r
Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii
W Gołańczy ul. Walki Młodych 35 d
62-130 Gołańcz

P O D A N I E

O przyjęcie dziecka do Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii w roku szkolnym 2018/2019

Na podstawie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego, z uwagi na zagrożenie niedostosowaniem społecznym, wydanego przez Zespół Orzekający działający w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w……..……...……..……

Nr ……. z dnia ……..……r. **proszę o przyjęcie**

mojego dziecka/podopiecznego - imiona i nazwisko: ……

- urodzony ……..……w. ……..
/ dzień, miesiąc, rok/ */ miejsce ur./*

PESEL……..- zamieszkały ……

do **Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii w Gołańczy** do klasy …….. Szkoły Podstawowej/ ……Gimnazjum

Obecnie dziecko uczęszcza do kl. …… w ……
/pełna nazwa i adres szkoły/
……

Nauczany język obcy: 1 …… 2……..……..…

Liczba punktów uzyskanych na sprawdzianie w szkole podstawowej po klasie VI……

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie niezbędnym do celów rekrutacji, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (j.t. Dz.U. z 2002, nr 101, poz. 926 ze zm.)

……
podpis opiekuna prawnego/ rodzica

Załączniki:

1. aktualne orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego z uwagi na zagrożenie niedostosowaniem społecznym wydane przez Zespół Orzekający działający w Poradni Psychologiczno- Pedagogicznej,
2. ostatnie świadectwo szkolne
3. opinia pedagoga lub wychowawcy klasy
4. dokumentacja medyczna, (czy dziecko wymaga leczenia specjalistycznego i przyjmowania leków)
5. potwierdzenie ubezpieczenia zdrowotnego
6. odpis skrócony aktu urodzenia
7. poświadczenie zameldowania
8. zdjęcia legitymacyjne (2 szt.) (aktualne)

D e c y z j a d y r e k t o r a :

……

podpis dyrektora