**Młodzieżowe Centrum Edukacji i Readaptacji Społecznej**

**Młodzieżowy Ośrodek Socjoterapii w Goniądzu**

**19 –110 Goniądz Pl. 11 Listopada 37 województwo podlaskie, powiat moniecki**

**Tel.:/fax 85 7380023 kom. 451158302** [**www.mosgoniadz.pl**](http://www.mosgoniadz.pl)[**sekretariat@mowgoniadz.pl**](mailto:sekretariat@mowgoniadz.pl)

. …..……………………………………..  
 (miejscowość data)

……………………………………………………….…….……….

(imię i nazwisko rodzica lub opiekuna prawnego)

**Dyrektor**

**Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii**

**w Goniądzu**

**PODANIE O PRZYJĘCIE DO MOS[[1]](#endnote-1)**

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mojej córki/wnuczki/podopiecznej\*do Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii w Goniądzu do klasy ………..podstawowej//liceum/technikum\* (zawód w przypadku technikum)…………………………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwisko | | | | | | | | | | | Imiona | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | Wiek |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Data urodzenia:** | | | | | | | | | | | | | |  |

**ADRES ZAMIESZKANIA:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Województwo | | Powiat | | | |
| Gmina | Ulica | | | Nr domu | Nr lokalu |
| Miejscowość | | Kod pocztowy | Poczta | | |
| Nr telefonu | | | | | |
| E-mail | | | | | |

**SYTUACJA SZKOLNA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Aktualna szkoła do której uczęszcza | Klasa | |
| Miejscowość/adres | Kod pocztowy | Numer telefonu |
| Krótka informacja na temat wyników szkolnych, problemów, powtarzane klasy | | |

Krótkie uzasadnienie(główne przyczyny umieszczenia w MOS, przejawy negatywnego zachowania, czyny zabronione, inne ważne informacje):

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

Czy dziecko przebywało w szpitalu psychiatrycznym lub normalnym TAK/NIE\*, jak tak proszę podać ile razy, przyczyny…………………………………………………………………………………………………………..........

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

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

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

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

Czy dziecko przyjmuje leki TAK/NIE\* jak tak to jakiej…..............................................................

Czy dziecko przebywało w innej placówce TAK/NIE\* jak tak to w jakiej……….……………………..

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

Czy dziecko posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego w MOS wydane przez Poradnię Pedagogiczno-Psychologiczną TAK/NIE\*

Czy dziecko wyraża chęć pobytu w MOS TAK/NIE\*

…………………………………………………….  
 (podpis wnioskodawcy)

\* niepotrzebne skreślić

1. Podanie proszę przesłać pocztą na adres: MOS w Goniądzu, 19-110 Goniądz Plac 11 Listopada 37 lub email [sekretariat@mowgoniadz.pl](mailto:sekretariat@mowgoniadz.pl) [↑](#endnote-ref-1)