

Stargard, dnia.....

.....  
(Nazwisko i imię dziecka)

.....  
(Nazwisko i imię rodzica/opiekuna prawnego)

.....  
(Adres zameldowania/pobytu)

.....  
(Numer PESEL rodzica)

Młodzieżowy Ośrodek Socjoterapii

w Stargardzie

### Oświadczenie ucznia i rodzica/opiekuna prawnego

Przyjmuję do wiadomości, że w szkole obowiązuje zakaz:

- bezwzględny posiadania i spożywania wszelkich używek (alkohol, narkotyki, papierosy, dopalacze itp.),
- żucia gumy,
- bezwzględny wychodzenia poza pomieszczenia szkolne i ośrodkowe bez nadzoru wychowawcy lub nauczyciela (oddalenie będzie traktowane jak ucieczka).

Tym samym przyjmuję do wiadomości, że obowiązuje zakaz posiadania telefonów komórkowych podczas zajęć szkolnych, terapeutycznych, rozwijających (po przybyciu do ośrodka telefon jest oddawany wychowawcy, który odkłada go do depozytu danej grupy i jest wydawany za zgodą wychowawcy prowadzącego).

Zobowiązuję się do bieżącego, osobistego kontaktu ze szkołą (przynajmniej 1 raz w tygodniu, dopuszczalna rozmowa telefoniczna)

.....  
podpis rodzica/opiekuna prawnego:

.....  
podpis ucznia: