



**MŁODZIEŻOWY OŚRODEK SOCJOTERAPII „PAŁACYK”**

**UL. KRYCHNOWICKA 1, 26-607 RADOM**

tel./fax: 48 33 24 559; 48 33 24 603 tel. kom.: 570 600 382

[sekretariat@mosradom.pl](mailto:sekretariat@mosradom.pl)

[www.mosradompalacyk.pl](http://www.mosradompalacyk.pl)

.....  
data i miejscowość

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

imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego,  
adres zamieszkania, telefon kontaktowy

**Dyrektor  
Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii Pałac”  
ul. Krychnowicka 1  
26-600 Radom**

Zwracam się z prośbą o przyjęcie ....., ur. ....  
w ....., pesel ..... do Młodzieżowego Ośrodka  
Socjoterapii „Pałac” w Radomiu, ul. Krychnowicka 1.

Uzasadnienie (proszę krótko opisać powody umieszczenia dziecka w placówce):

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

.....  
podpis rodzica/opiekuna prawnego