

POLSKA SOBOTNIA SZKOŁA W YORKU
POLISH SATURDAY SCHOOL IN YORK

Email: polishschoolyork@gmail.com

www.szkoławyorku.org.uk

Tel.: 07851959893*

*(w godzinach pracy szkoły)



FORMULARZ ZGŁOSZENIA DZIECKA/ CHILD REGISTRATION FORM

UPRZEJMIEM PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE PODANIA DRUKOWANYMI LITERAMI.

PLEASE COMPLETE THE APPLICATION FORM CLEARLY, IN CAPITAL LETTERS.

1. DZIECKO/ CHILD

Imię i nazwisko dziecka Child's full name			
Data urodzenia Date of birth		Miejsce urodzenia Place of birth	
Adres Address		Kod pocztowy Postcode	
Szkoła w Anglii School in England		Klasa Year	

ZNAJOMOŚĆ JĘZYKA POLSKIEGO* / CHILD'S FLUENCY IN POLISH LANGUAGE *

	Brak znajomości none	Słaba poor	Średnia intermediate	Zaawansowana advanced
rozumienie/mówienie understanding/speaking				
czytanie /pisanie reading/ writing				

* Dotyczy jedynie nowych uczniów/ applies only to new students

POTRZEBY SPECJALNE DZIECKA THE CHILD'S SPECIAL NEEDS

Czy dziecko ma specjalne potrzeby? // Does your child have special needs? TAK / YES NIE / NO

Czy dziecko posiada orzeczenie z poradni? // Does your child have SEN statement? TAK / YES NIE / NO

- Edukacyjne np. dysleksja, dysgrafia, Autyzm//Educational eg. dyslexia, dysgraphia, Autistic spectrum disorder(ASD)
- Zachowaniowe np. nadpobudliwość, ADHD //Behavioural eg. hyperactivity, ADHD

Prosimy podać szczegóły //Please provide details

2. RODZICE/ OPIEKUNOWIE // PARENTS/ GUARDIANS

Matka/ Opiekunka* // Mother/ Female Guardian*	
Imię i nazwisko Full name	
Numer telefonu Phone number	
Adres email Email address	
Ojciec/ Opiekun* // Father/ Male Guardian *	
Imię i nazwisko Full name	
Numer telefonu Phone number	
Adres email Email address	

*niepotrzebne skreślić/ delete as appropriate

POLSKA SOBOTNIA SZKOŁA W YORKU
POLISH SATURDAY SCHOOL IN YORK

Email: polishschoolyork@gmail.com

www.szkoławyorku.org.uk

Tel.: 07851959893*

*(w godzinach pracy szkoły)



OŚWIADCZENIE CONSENT FORM

1. Polska Sobotnia Szkoła dostarcza naukę uzupełniającą dlatego uczęszczanie do szkoły jest dobrowolne, jednakże wymagana jest regularna frekwencja. Zobowiązuję się do dopełnienia obowiązku regularnego uczęszczania do szkoły przez moje dziecko. Polish Saturday School provides supplementary education and therefore is not a compulsory school, however regular attendance is required. I undertake to ensure regular school attendance by my child.

2. Oświadczam, iż jestem poinformowany(a), że uczniowie Polskiej Szkoły Sobotniej w Yorku nie mogą bez zgody nauczyciela lub członka Zarządu Szkoły opuścić budynku szkoły w czasie trwania zajęć lekcyjnych. Rozumiem, że szkoła ponosi odpowiedzialność za moje dziecko jedynie w trakcie trwania zajęć szkolnych, tj. 9:30-12:-30.

I declare that I have been informed about Polish Saturday School in York students not being allowed to leave the school premises during school session without the teachers or school official expressed permission. I understand that the school is only responsible for my child during the lessons that is from 9:30am until 12:30pm.

3. Po zakończeniu zajęć szkolnych dzieci będą zwalniane z klas tylko jeżeli rodzic lub pisemnie wyznaczona osoba do odebrania dzieci jest obecna. Oświadczam, że zobowiązuję się do odbierania mojego dziecka na czas po zakończeniu zajęć szkolnych. After school activities, children will be released only to parents or persons earlier appointed for pick up in writing. I declare that I will promptly and on time pick up my child after school activities.

4. Oświadczam, że zapoznałem(am) się z zasadami opłat za szkołę*. I declare that I am familiar with the schedule of tuition payments*.

Rozkład wpłat:

Payment schedule

Do 19-go września opłata za pierwszy trymestr First trimester tuition fee due till Sept 7th	Do 9-go stycznia opłata za drugi trymestr Second trimester tuition fee due till January 9th	Do 15-go kwietnia opłata za trzeci trymestr Second trimester tuition fee due till April 15th
---	---	--

*Opłata za szkołę jest stała i niezależna od ilości zajęć, które dziecko odbyło czy opuściło z przyczyn od Szkoły niezależnych. W przypadku rezygnacji z nauki w szkole w trakcie semestru, szkoła nie dokonuje zwrotu wpłaconej kwoty. There will be no reduction in fees for any holidays, illness or for any days the child may be absent. In case of withdrawal during midterm, the school fees will not be refunded.

5. Rozumiem, że rodzic lub opiekun jest odpowiedzialny za wszelkie zniszczenia wyrządzone na terenie szkoły przez ucznia oraz pokrycie kosztów z tym związanych. I understand that parents or legal guardians are responsible for any damage caused by the student on the school premises and any costs related to it.

6. Wyrażam zgodę na udział moich dzieci w imprezach/ceremoniach w których Polska Szkoła Sobotnia w Yorku będzie brała udział, oraz wycieczkach organizowane przez szkołę. Równocześnie oświadczam że nie będę podejmować żadnych prawnych kroków przeciwko Polskiej Szkole Sobotniej w Yorku, Zarządowi Szkoły, pomocnikom i zatrudnionym przez szkołę osobom w związku z zaistnieniem jakichkolwiek wypadków podczas wyżej wymienionych zajęć. I give permission for my child to take part in the activities related to the Polish Saturday School in York and school trips. I waive any claims demand or case of action, legal or equitable against Polish Saturday School in York, its staff and volunteers, for any injuries to my child that might be sustain by him/her during the period of school activities and/or other school events (field trips, Christmas parties, etc.)

7. Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody* na na fotografowanie i nagrywanie lub filmowanie mojego dziecka, umieszczanie jego zdjęć dzieci na stronie internetowej szkoły, w gazetkach szkolnych i promocyjnych dokumentach akceptowanych przez zarząd szkolny. I give permission / I do not give permission for my child to be photographed, recorded or filmed and for using my child's photographs on school website and in any promotional material for the school and accepted by school's officials.

Podpis rodzica lub prawnego opiekuna/ **Signed by parent or legal guardian**

Data / **Date**

*niepotrzebne skreślić/ delete as appropriate

POLSKA SOBOTNIA SZKOŁA W YORKU
POLISH SATURDAY SCHOOL IN YORK

Email: polishschoolyork@gmail.com

www.szkoławyorku.org.uk

Tel.: 07851959893*

*(w godzinach pracy szkoły)



MEDICAL INFORMATION

INFORMACJE MEDYCZNE DOTYCZĄCE DZIECKA

Medications your child is allergic to *Lekarstwa na ktore dziecko jest uczulone* _____ - _____

Medications your child is currently taking *Lekarstwa które dziecko bierze codziennie* _____

Allergies *Uczulenia , alergie* _____

Other important medical information: *Inne ważne informacje medyczne:* _____

Do you give permission for sticking plaster to be used on your child when necessary? *Czy wyraża Pan/Pani zgodę na przyklejenie dziecku plastra jeżeli zajdzie taka potrzeba?* **TAK / YES** **NIE / NO**

STUDENT EMERGENCY RELEASE FORM

UPOWAŻNIENIE DO PRZEWIEZIENIA DZIECKA DO OSRODKA MEDYCZNEGO

TO WHOM IT MAY CONCERN: *This release form is completed and signed of my own free will with the sole purpose of authorizing medical treatment under emergency circumstances in my absence. Oświadczenie jest wypełnione i podpisane z własnej woli, wyłącznie w celu właściwego leczenia w nagłych wypadkach, podczas mojej nieobecności.*

Name of minor *Nazwisko i Imię dziecka* _____

Parent or Legal Guardian name *Nazwisko i imię Rodzica lub Prawnego Opiekuna* _____

Relationship *Pokrewieństwo do dziecka* _____

Address *Adres* _____

Phone *Numer telefonu* _____

Family/child's GP *Lekarz dziecka, lub rodzinny* _____

Phone *Numer telefonu* _____

Other contact in case of emergency: *Inny kontakt w razie nagłego wypadku-WYMAGANY*

First , Last name *Imie, Nazwisko* _____

Relationship to child *Pokrewieństwo* _____ :

Phone *Numer telefonu:* _____

The school has my permission, in an emergency when I cannot be contacted, to take my child to the nearest medical facility, and the facility and its medical staff have my authorization to provide treatment that a medical staff deems necessary for the well-being of my child. Parent/Guardian agrees to assume financial responsibility for all expenses and bills incurred in any emergency requiring medical attention. Szkoła ma moje zezwolenie, w nagłych wypadkach, kiedy nie można się skontaktować ze mną aby moje dziecko mogło być przewiezione do najbliższego ośrodka medycznego. Personel i zakład medyczny ma moje upoważnienie do zapewnienia właściwego leczenia. Rodzice zgadzają się na poniesienie całkowitej finansowej odpowiedzialności za wszelkie koszty i opłaty związane z zaistnieniem sytuacji wymagającej natychmiastowej pomocy medycznej dla mojego dziecka.

Signed by parent or legal guardian/ *Podpis rodzica lub prawnego opiekuna*

Date/Data

Printed name *Drukowane imie i nazwisko*