|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
|  **Szkoła mieści się w :****MacArthur MiddleSchool** **700 N. Schoenbeck Rd.** **Prospect Hts, IL 60070 www.szkolapolska.com**  |

 | szkola polska logotyp czarnyABCD%20Logo%20-%20positive%20horizontal%20b&w  | **Adres biura:****8383 W. Belmont Ave.** **River Grove, IL 60171****Telefon do szkoły:****(773)777 2223** **(773)777 ABCD****Email szkolny: contact@szkolapolska.com****kontakt@szkolapolska.com** |

#### KWESTIONARIUSZ OSOBOWY DZIECKA

**NAZWISKO DZIECKA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **IMIĘ DZIECKA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Klasa w roku szkolnym 2022/2023:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Od ilu lat dziecko przebywa w USA? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ADRES ZAMIESZKANIA DZIECKA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA URODZENIA DZIECKA: \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_ MIEJSCE URODZENIA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 miesiąc dzień rok

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DANE DOTYCZĄCE RODZICOW DZIECKA** | **MATKA (OPIEKUNKA)** | **OJCIEC (OPIEKUN)** |
| **Imię i nazwisko** |  |  |
| **Telefon domowy** |  |  |
| **Telefon komórkowy** |  |  |
| **Telefon do pracy** |  |  |
| **Adres emailowy (proszę pisać DRUKOWANYMI LITERAMI)** |  |  |

 **INFORMACJE DOTYCZĄCE EDUKACJI DZIECKA:**

Czy dziecko będzie uczęszczało na lekcje religii w naszej szkole w roku szkolnym 2022/2023? tak nie

 Do której klasy dziecko będzie uczęszczało w amerykańskiej szkole w roku szkolnym 2022/2023? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Czy dziecko uczęszczało do innej szkoły polskiej na terenie USA? tak nie

 Jeśli "tak" prosimy podać nazwę szkoły i którą klasę ukończyło:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Zainteresowania i szczególne uzdolnienia dziecka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Własne uwagi Państwa na temat dziecka, które mogą wpłynąć na zapewnienie mu maksymalnego bezpieczeństwa lub

 osiągnięcie najlepszych wyników w nauce:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **ZDROWIE DZIECKA:**

 Oświadczam, że\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ otrzymał (a) wszystkie wymagane w jej/jego wieku szczepienia.

 (imię i nazwisko dziecka)

* **Ostatnie kontrolne badanie lekarskie (prosimy podać przybliżoną datę) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* Czy dziecko jest na coś uczulone? (jeżeli tak, prosimy podać na co): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Czy dziecko cierpi na schorzenia, które mogą mieć wpływ na jego bezpieczeństwo oraz na przebieg zajęć szkolnych? (jeżeli tak, proszę podać szczegóły):

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Czy dziecko zażywa leki, których czas przyjmowania przypada na godziny lekcyjne?

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU LUB KONTAKTOWANIA SIĘ W SYTUACJACH WAŻNYCH:**

 Prosimy Państwa o podanie danych dotyczących osób, które mogą odbierać Państwa dziecko ze szkoły (osoby inne niż

 rodzice, pełnoletnie) lub szkoła może kontaktować się z nimi w sprawach ważnych ("emergency") po nieudanych próbach

 skontaktowania się z rodzicami dziecka:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **IMIĘ I NAZWISKO OSOBY** | **POKREWIEŃSTWO****(Kim jest ta osoba dla dziecka?)** | **NUMER TELEFONU** | **ADRES ZAMIESZKANIA** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 **ZGODA NA SAMODZIELNE OPUSZCZENIE BUDYNKU w roku szkolnym 2022/2023**

 Niniejszym wyrażam zgodę, aby moje dziecko \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (imię i nazwisko dziecka)

 samodzielne opuściło budynek po skończonych zajęciach w szkole polskiej.

 Podpis rodzica wyrażającego zgodę: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **ZGODA NA WYKONYWANIE ZDJĘĆ W ROKU SZKOLNYM 2022/2023:**

 Niniejszym wyrażam zgodę na wykorzystywanie zdjęć zrobionych mojemu dziecku na terenie szkoły

 bądź w trakcie uroczystości szkolnych i wycieczek dla celów informacyjnych i/lub promocyjnych

 Szkoły Polskiej im. Jana III Sobieskiego.

Imię i nazwisko rodzica wyrażającego zgodę (DRUKOWANE LITERY): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Podpis rodzica wyrażającego zgodę: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Niniejsze informacje stanowią również obowiązujący Regulamin Szkoły.**

 **Potwierdzam, iż otrzymałem/am kopię Regulaminu oraz, że w pełni akceptuję wszystkie jego postanowienia.**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 podpis Rodzica/Opiekuna imię i nazwisko Rodzica/Opiekuna drukiem data