

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



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 2024/2025: _____ Od ilu lat dziecko przebywa w USA? _____

ADRES ZAMIESZKANIA DZIECKA: _____

DATA URODZENIA DZIECKA: _____ / _____ / _____ MIEJSCE URODZENIA: _____
miesiąc dzień rok

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

4

INFORMACJE DOTYCZĄCE EDUKACJI DZIECKA:

Czy dziecko będzie uczęszczało na lekcje religii w naszej szkole w roku szkolnym 2024/2025? tak nie

Do której klasy dziecko będzie uczęszczało w amerykańskiej szkole w roku szkolnym 2024/2025? _____

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 2024/2025

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 2024/2025:

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