



Rejestracja: Polska Szkoła Św. Faustyny 2020/2021

www.Swfaustynany.com * polskaszkołaop@gmail.com * (917)602-2807 * 101-41 91st Street Ozone Park NY 11416

Prosimy wypełnić formę czytelnie

DANE UCZNIÓW

IMIĘ	NAZWISKO	DATA URODZENIA MM/DD/YY	KLASA	ZNANE ALERGIE, CHOROBY PRZEWLEKŁE I INNE UWARUNKOWANIA MEDYCZNE

DANE OPIEKUNÓW

IMIĘ	NAZWISKO	TELEFON	E-MAIL

ADRESS ZAMIESZKANIA

EMERGENCY CONTACT

W razie nagłego wypadku, podczas nieobecności rodziców, proszę skontaktować się z:

IMIĘ	NAZWISKO	TELEFON	POKREWIEŃSTWO

Dotyczy klas 7, 8 i licealnych

Oświadczam że _____ może opuszczać szkołę sam/a po zakończeniu dnia szkolnego.

Podpis Opiekuna _____

Opłata Szkolna za rok szkolny

CASH OR CHECK / PLEASE MAKE CHECKS PAYABLE TO: ST.FAUSTYNA POLISH SCHOOL

Liczba Dzieci	1. \$ 550 2. \$1050 3. \$1500	Opłata za podręczniki	1. \$ _____ 2. \$ _____ 3. \$ _____	Opłata za Dyżur \$ _____ Opłata za Religię \$ _____



Rejestracja: Polska Szkoła Św. Faustyny 2020/2021

www.Swfaustynany.com * polskaszkołaop@gmail.com * (917)602-2807 * 101-41 91st Street Ozone Park NY 11416

Rodzice i opiekunowie zobowiązani są do:

- 1) Zapoznania się z regulaminem zamieszczonym na stronie internetowej: <http://www.swfaustynany.com>. Dodatkowo rodzice i opiekunowie powinni wiedzieć, że: **Ostateczną datą, do której należy uregulować pełną opłatę za szkołę jest 30 Listopada bieżącego roku.** W wyjątkowych przypadkach, za zgodą dyrekcji szkoły, opłatę można rozłożyć w dłuższym terminie. W przypadku niedokonania opłaty w wyżej podanym terminie, naliczana będzie kara w wysokości 20% rocznej opłaty za szkołę. W wypadku wystawienia czeku bez pokrycia, pobierana będzie opłata w wysokości \$40.00 USD.
- 2) Odpracowania przynajmniej 2 dni społecznych w formie dyżuru w szkole lub uiszczenia jednorazowej opłaty \$60.00 USD za dzień nieobecności na dyżurze. Opłata ta jest od rodziny a nie dziecka.

Rodzice i opiekunowie:

- 1) Są odpowiedzialni za wszelkie szkody wyrządzone na terenie szkoły przez ich dziecko i zobowiązani do pokrycia kosztów z tym związanych.
- 2) Oświadczają, że dzieci zapisane do Szkoły Św. Faustyny posiadają wszystkie szczepienia i badania medyczne wymagane przez stan Nowy Jork i że wszystkie znane problemy zdrowotne dzieci zostały podane w tym formularzu.
- 3) Wyrażają zgodę na przetwarzanie danych osobowych w obrębie szkoły- nauczycielom oraz komitetowi rodzicielskiemu.
- 4) Wyrażają zgodę na zamieszczenie zdjęcia dziecka na portalu Polskiej Szkoły Doksztalającej im. św. Faustyny oraz w materiałach informacyjnych i reklamowych szkoły
- 5) Wiedzą, że na terenie szkoły uczniowie mają zakaz używania telefonów komórkowych
- 6) Wyrażają zgodę na aktywność fizyczna dzieci podczas przerwy obiadowej.
- 7) W wypadku wypisania ucznia ze szkoły, po złożeniu pisemnego podania, możliwe jest otrzymanie zwrotu dokonanej opłaty, który liczony jest następująco:

Data	Suma zwrotu
do 30 września	100% opłaty, pomniejszone o koszty operacyjne (\$50.00 USD)
do 31 października	70% opłaty, pomniejszone o koszty operacyjne (\$50.00 USD)
do 30 listopada	50% opłaty, pomniejszone o koszty operacyjne (\$50.00 USD)
po 30 listopada	nie ma zwrotu

W uzasadnionych wypadkach losowych wysokość zwrotu będzie rozpatrywana indywidualnie.

My, niżej podpisani, zaznajomiliśmy się szczegółowo z Regulaminem Szkoły Św. Faustyny i zobowiązujemy się do jego ścisłego przestrzegania.

Podpis:

Aby zakończyć rejestrację i zarezerwować miejsce/a wymagana jest minimalna opłata \$100.00 od ucznia.

Medical emergency authorization:

W razie nagłego wypadku zaistniałego podczas zajęć szkolnych, jeśli nie można się ze mną skontaktować, wyrażam zgodę na udzielenie mojemu dziecku wszelkiej koniecznej pomocy medycznej włącznie z przewiezieniem do najbliższego ośrodka pomocy medycznej oraz upoważniam personel medyczny do zapewnienia odpowiedniej opieki i zobowiązuję się do pokrycia wszelkich kosztów z tym związanych

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 necessary medical treatment for the well-being of my child. Parent / Legal Guardian agrees to assume full financial responsibility for all expenses incurred in any emergency requiring medical attention

PODPIS / SIGNATURE: