



# Rejestracja 2022/2023

## Polska Szkoła Doksztalająca Św. Faustyny

www.Swfaustynany.com \* polskaszkolaop@gmail.com \* 347-886-4699 \* 101-41 91st Str. 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 \_\_\_\_\_

### Opłaty Szkolne

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

Liczba Dzieci	Rejestracja (bezzwrotna)	Koszt szkoły	Podręczniki		Opłata za Dyżur	Komitet Rodzicielski	Razem
			Kl.	\$			
1	\$50.00	\$ 550.00			\$100 / dzień	\$50.00	Cash \$:
2	\$100.00	\$1050.00					Check \$:
3	\$150.00	\$1500.00					Check #:



# Rejestracja 2022/2023

## Polska Szkoła Doksztalająca Św. Faustyny

www.Swfaustynany.com \* polskaszkołaop@gmail.com \* 347-886-4699 \* 101-41 91st Str. 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 **\$100.00 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 \$50.00 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: