



**Polska Szkoła**  
**im. św. Maksymiliana M. Kolbego**  
P.O. Box 1700  
Riverhead, NY 11901

**St. Maksymilian M. Kolbe**  
**Polish School**  
P.O. Box 1700  
Riverhead, NY 11901

## APLIKACJA UCZNIĄ NA ROK SZKOLNY \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Data zapisu \_\_\_\_\_ Klasa w nowym roku szkolnym \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko ucznia \_\_\_\_\_

Data urodzenia (mm/dd/yy) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Miejsce urodzenia \_\_\_\_\_

Imiona rodziców/opiekunów \_\_\_\_\_

Telefon domowy \_\_\_\_\_ Telefon w razie nagłego wypadku \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania \_\_\_\_\_

Adres e-mailowy \_\_\_\_\_

Ostatnia klasa uczęszczana przez dziecko w Polsce \_\_\_\_\_

Klasa w nowym roku szkolnym w szkole amerykańskiej \_\_\_\_\_

Problemy zdrowotne/alergie dziecka \_\_\_\_\_

Imię, nazwisko i telefon lekarza \_\_\_\_\_

Podpis rodzica/opiekuna \_\_\_\_\_

Podpis wychowawcy klasy \_\_\_\_\_

**W czasie rodzinnych imprez szkolnych rodzice opiekują się swoimi dziećmi i ponoszą za nie odpowiedzialność.**

• Wyrażam zgodę na publikację zdjęć mojego dziecka, z życia szkoły, w różnych mediach typu: Szkolny Facebook, szkolna strona internetowa, artykuły o szkole w dostępnych czasopiśmie, itp.

• W razie nagłego przypadku, kiedy potrzebna jest interwencja lekarza, a nie ma możliwości skontaktowania się ze mną, wyrażam zgodę na wezwanie karetki pogotowia i wykonania niezbędnych zabiegów.

Podpis rodzica/opiekuna \_\_\_\_\_