



Polska Szkoła Sobotnia im. Józefa Conrada Korzeniowskiego w Canterbury
Dyrektor: Dr Agnieszka Gordon Tel.: 07878957519
Siedziba Szkoły: St. Stephen's Junior School, Hales Drive, Canterbury, CT2 7AB
Email: polskaszkolacanterbury@gmail.com
www.polskaszkolacanterbury.com; www.polisheducationalclub.com

FORMULARZ REJESTRACYJNY

Niniejszy formularz stanowi część wymagań prawnych niezbędnych do funkcjonowania Szkoły.
Prosimy o jego rzetelne wypełnienie oraz aktualizację danych każdorazowo, jeżeli ulegną zmianie.

DANE PERSONALNE UCZNIĄ

Imię/imiona.....
Nazwisko.....
Data i miejsce urodzenia.....
Adres zamieszkania.....
Nazwa i adres szkoły, do której uczęszcza dziecko.....
.....

INFORMACJE MEDYCZNE

Lekarz.....
Adres.....
Nr telefonu.....

Poniżej prosimy o podanie chorób i dolegliwości (astma, epilepsja, cukrzyca, problemy ze wzrokiem, słuchem, alergie, ASD, inne choroby, przyjmowane stałe leki itp.) ważnych dla bezpiecznego pobytu dziecka w Szkole.

.....
.....
.....
.....

Wyrażam zgodę na wezwanie lekarza/pogotowia ratunkowego w wypadku nagłej choroby lub wypadku, jeżeli natychmiastowy kontakt telefoniczny ze mną nie jest możliwy.

Podpis rodzica/opiekuna

Data

.....

.....

Imię i nazwisko (czytelnie)

.....



Polska Szkoła Sobotnia im. Józefa Conrada Korzeniowskiego w Canterbury
Dyrektor: Dr Agnieszka Gordon Tel.: 07878957519
Siedziba Szkoły: St. Stephen's Junior School, Hales Drive, Canterbury, CT2 7AB
Email: polskaszkolacanterbury@gmail.com
www.polskaszkolacanterbury.com; www.polisheducationalclub.com

DANE KONTAKTOWE RODZICÓW/OPIEKUNÓW I INNYCH OSÓB UPRAWNIONYCH DO ODBIORU DZIECKA (poz. 1 i 2 dane rodziców).

RODZICE

1. Imię i nazwisko.....
Adres.....
Tel. Kontaktowy.....
Email.....
Wyrażam zgodę na kontakt mailowy i telefoniczny w sprawach dotyczących mojego dziecka
Data..... Podpis.....
Chcę otrzymywać informacje dotyczące działalności szkoły i postępów dziecka
Data..... Podpis.....
2. Imię i nazwisko.....
Adres.....
Tel. Kontaktowy.....
Email.....
Wyrażam zgodę na kontakt mailowy i telefoniczny w sprawach dotyczących mojego dziecka
Data..... Podpis.....
Chcę otrzymywać informacje dotyczące działalności szkoły i postępów dziecka
Data..... Podpis.....

INNE OSOBY

3. Imię i nazwisko.....
Adres.....
Tel. Kontaktowy.....
Email.....
Wyrażam zgodę na kontakt mailowy i telefoniczny w sprawach dotyczących mojego dziecka
Data..... Podpis.....
Chcę otrzymywać informacje dotyczące działalności szkoły i postępów dziecka
Data..... Podpis.....
4. Imię i nazwisko.....
Adres.....
Tel. Kontaktowy.....
Email.....
Wyrażam zgodę na kontakt mailowy i telefoniczny w sprawach dotyczących mojego dziecka
Data..... Podpis.....
Chcę otrzymywać informacje dotyczące działalności szkoły i postępów dziecka
Data..... Podpis.....



Polska Szkoła Sobotnia im. Józefa Conrada Korzeniowskiego w Canterbury
Dyrektor: Dr Agnieszka Gordon Tel.: 07878957519
Siedziba Szkoły: St. Stephen's Junior School, Hales Drive, Canterbury, CT2 7AB
Email: polskaszkolacanterbury@gmail.com
www.polskaszkolacanterbury.com; www.polisheducationalclub.com

UMOWA Z RODZICAMI

Imię i nazwisko dziecka.....

Proszę zaznaczyć/napisać TAK:

Przeczytałem/łam Statut Szkoły i Regulamin Rady Rodziców na stronie Szkoły (https://polskaszkolacanterbury.com/zapisy-do-szkoly/) i zgadzam się przestrzegać postanowień w nich zawartych.	
W przypadku choroby dziecka nie zostanie ono wysłane do Szkoły. Jeżeli dziecko zachoruje na chorobę zakaźną, niezwłocznie powiadomię Szkołę.	
Jestem świadom/a tego, że w razie nieobecności dziecka w Szkole, spowodowanej chorobą lub wyjazdem mam nadal obowiązek uiszczania czesnego w wyznaczonym terminie i ustalonej kwocie.	
W przypadku decyzji zaprzestania uczęszczania do szkoły obowiązuje trzymiesięczny okres wypowiedzenia.	
Zobowiązuję się opłacać czesne z góry pierwszego dnia miesiąca/semestru.	
Zobowiązuję się powiadomić Szkołę o okolicznościach mogących wpływać na postępy dziecka.	
Przyjmuję do wiadomości, że dziecko musi być odbierane ze Szkoły punktualnie, wyłącznie przez osoby wyszczególnione w formularzu rejestracyjnym; dzieci powyżej 11 roku życia mogą opuścić Szkołę samodzielnie.	
Zobowiązuję się do powiadamiania Szkoły o każdorazowej zmianie danych kontaktowych.	
Wyrażam zgodę na fotografowanie mojego dziecka dla potrzeb Szkoły i do publikowania zdjęć w materiałach papierowych oraz internetowych Szkoły (strona internetowa, portale społecznościowe)	
W przypadku niemożliwości skontaktowania się ze mną, wyrażam zgodę na wezwanie przez Szkołę karetki pogotowia/lekarza w celu udzielenia dziecku natychmiastowej pomocy lub odwiezienia do szpitala.	
Wyrażam zgodę na wzięcie przez moje dziecko udziału w wycieczkach po okolicy i przejazdu publicznymi środkami transportu w czasie trwania Szkoły.	

Podpis rodzica/opiekuna

.....

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna

.....

Data

.....