

Rejestracja Szkoły Języka Polskiego 2011/2012

P.O. Box 2221 New Britain, CT 06050-2221

www.szkołajp.com



Opłata za szkołę w roku 2011/2012 wynosi: **1 dziecko: \$260 2 dzieci: \$390 3 lub więcej dzieci: \$520** Dyżur: \$50.

Wysyłając aplikacje pocztą, prosimy **NIE** załączać gotówki tylko czek.

Formularze należy zwrócić **DO 31 LIPCA 2011**. Za rejestracje zwrócone pomiędzy 1 a 15 sierpnia pobierana będzie kara w wysokości \$50. Po 15 sierpnia rejestracje będą przyjmowane tylko i wyłącznie po rozpatrzeniu komisijnym.

Prosimy **DRUKOWAĆ** przy wypełnianiu.

DIA BIURA

Nazwisko rodziców	
Imiona rodziców	
Ulica	
Miasto- Stan i Kod	
E-mail	
Telefon Domowy	
Tel. Komórkowe	

DIA BIURA

Ilość Dzieci _____
Data Zapłacenia _____
Zapłacone Gotówką _____
Zapłacone Czekiem # _____
Kara spóźnienia _____
Opłata Zwrócona _____
Data _____ Suma _____
Dlaczego _____


Uczniowie:

Imię Ucznia Nazwisko jeżeli inne od rodziców	Data Urodzenia miesiąc-dzień-rok	Miejsce Urodzenia	Idzie do Klasy	Nowy Uczeń	Znane Alergie
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	

Zobowiązanie

Ja, niżej podpisany(a), wraz z moim dzieckiem, zaznajomiłem(a) się szczegółowo z Regulaminem Szkoły i zobowiązuję się do jego ścisłego przestrzegania. Regulamin znajduje się w Statucie na stronie internetowej.

Zdjęcia robione w szkole lub podczas funkcji szkolnych są robione w celach utrwalenia historii, promowania i informowania o działalności Szkoły Języka Polskiego w New Britain. Jeżeli ktoś nie zgadza się na robienie zdjęć swojemu dziecku, proszę zgłosić się do biura szkolnego o wypełnienie osobnego formularza.


 _____ Data _____
Podpis Rodzica/Opiekuna

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

Imię i Nazwisko	Telefon	Pokrewieństwo

Upoważnienie

W razie nagłego wypadku zaistniałego podczas zajęć szkolnych, pozwalam o dostarczenie mojego dziecka do szpitala w celu udzielenia niezbędnej pomocy i zobowiązuje się na pokrycie wszelkich kosztów z tym związanych.

 _____ Data _____
Podpis Rodzica/Opiekuna