

CZĘŚĆ I: DANE UCZNI

Liczba dzieci zapisana do szkoły: _____

Imiona i klasy rodzeństwa: _____

IMIĘ UCZNI: _____

NAZWISKO

IMIĘ

DRUGIE IMIĘ

PŁEĆ DZIECKA: Kobieta Mężczyzna

DATA URODZENIA: _____ Najstarsze/jedynе dziecko: Tak Nie

RASA (zaznacz wszystkie które dotyczą)

Biała Czarna Żółta Native American Hawajczyk Alaskańczyk

Czy dziecko jest pochodzenia hiszpańskiego/latynoskiego? Tak Nie

Kraj urodzenia: _____ Rok wyemigrowania: (jeżeli dotyczy) _____

RELIGIA: Katolik nie-Katolik (jaka religia) _____

KLASA UKOŃCZONA W DNIU ZAPISU DO SZKOŁY ŚWIĘTEGO WILLIAMA: _____

Ostatnia szkoła do której uczęszczał uczeń

Nazwa szkoły

Miejscowość

Czy chcesz być umieszczony na ogólnodostępnym spisie adresów szkoły? Tak Nie

Inicjały Rodzica/Opiekuna

Uczeń mieszka z:

NAZWISKA IMIONA POKREWIEŃSTWO DO UCZNI

Adres 1: _____

NUMER DOMU NAZWA ULICY #APT

NAZWA MIASTA STAN KOD POCZTOWY

Drugi adresat

(jeżeli dotyczy)

NAZWISKO

IMIĘ

POKREWIEŃSTWO DO UCZNI

Adres 2: _____

NUMER DOMU NAZWA ULICY #APT

NAZWA MIASTA STAN KOD POCZTOWY

SAKRAMENTY ŚWIĘTE

Chrzest

KOŚCIÓŁ

DATA

I Komunia Święta

KOŚCIÓŁ

DATA

Spowiedz Święta

KOŚCIÓŁ

DATA

Bierzmowanie

KOŚCIÓŁ

DATA

CZĘŚĆ II: DANE RODZICÓW

DANE MATKI

Czy matka jest absolwentką szkoły?

Imię Matki: _____ Tak Nie

NAZWISKO

IMIĘ

DRUGIE IMIĘ

Tel. Domowy _____

Tel. Komórkowy _____

Adres e-mail _____

Tel. do pracy _____

Miejsce zatrudnienia _____

Adres zatrudnienia _____ Zawód _____

DANE OJCA

Czy ojciec jest absolwentem szkoły?

Imię Ojca: _____ Tak Nie

NAZWISKO

IMIĘ

DRUGIE IMIĘ

Tel. Domowy _____

Tel. Komórkowy _____

Adres e-mail _____

Tel. do pracy _____

Miejsce zatrudnienia _____

Adres zatrudnienia _____ Zawód _____

DANE OPIEKUNA (jeżeli inne niż dane rodziców)

Imię Opiekuna: _____

NAZWISKO

IMIĘ

DRUGIE IMIĘ

Tel. Domowy _____

Tel. Komórkowy _____

Adres e-mail _____

Tel. do pracy _____

Miejsce zatrudnienia _____

Adres zatrudnienia _____ Zawód _____

INNE DANE

Status małżeński rodziców:

Małżeństwo Rozwiedzeni W separacji Wdowa/Wdowiec Inne

Imię Mamochoy _____

(jeżeli dotyczy)

NAZWISKO

IMIĘ

DRUGIE IMIĘ

Imię Ojczyma _____

(jeżeli dotyczy)

NAZWISKO

IMIĘ

DRUGIE IMIĘ

INFORMACJE O PARAFII

Parafianie Świętego Williama Tak Nie

Numer Parafialny: _____

(jeżeli zaznaczono Tak)

Nazwa Parafii do której należy rodzina (jeżeli zaznaczono Nie): _____

Osoby odpowiedzialne za opłaty za naukę

(NAZWISKA I IMIONA PROSIMY WYPISAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

CZĘŚĆ III: DANE W NAGLYCH PRZYPADKACH

Imię i nazwisko lekarza: _____
Numer telefonu do lekarza: _____
Imię i nazwisko dentysty: _____
Numer telefonu do dentysty: _____

OSOBY DO KONTAKTU W PRZYPADKU NIEDOSTĘPNOŚCI RODZICÓW/OPIEKUNÓW

1. Imię i nazwisko: _____ Pokrewieństwo _____
Telefon domowy: _____ Telefon komórkowy: _____
2. Imię i nazwisko: _____ Pokrewieństwo _____
Telefon domowy: _____ Telefon komórkowy: _____
3. Imię i nazwisko: _____ Pokrewieństwo _____
Telefon domowy: _____ Telefon komórkowy: _____

DANE MEDYCZNE UCZNIĄ

Proszę wypisać imiona dzieci i wszystkie alergie i/lub poważne problemy medyczne
Proszę wpisać N/A jeżeli dziecko nie ma alergii lub poważnych problemów medycznych

1. _____
2. _____
3. _____
Nazwa ubezpieczenia medycznego: _____ Numer Polisy: _____

AUTORYZACJA MEDYCZNA

W przypadku gdy podpisani pod tą formą lub podany lekarz nie są osiągalni telefonicznie a według oceny szkoły, dyrektora, lub innego autoryzowanego personelu szkolnego konieczna jest interwencja medyczna, my niżej podpisani wyrażamy zgodę aby te osoby uzyskały należytą pomoc medyczną dla naszego dziecka/dzieci. Oświadczamy że bierzemy pełną odpowiedzialność finansową za udzieloną pomoc i medykamenty niezbędne do leczenia naszego dziecka/dzieci.

IMIĘ I NAZWISKO RODZICA/OPIEKUNA _____ PODPIS _____ DATA _____
(proszę pisać drukowanymi literami)

IMIĘ I NAZWISKO RODZICA/OPIEKUNA _____ PODPIS _____ DATA _____
(proszę pisać drukowanymi literami)