

**POLSKA SZKOŁA****IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE**

7280 N. Caldwell Ave. Niles IL 60714 PO Box 662 Park Ridge IL 60068

PH: 847-730-4848 EMAIL: polskaszkolachicago@gmail.comwww.mojaszkoła.com fb @PolskaSzkołaMariiSkłodowskiejCuriewChicago**ROK SZKOLNY/SCHOOL YEAR 2023-2024**

DANE MATKI/MOTHER'S INFORMATION			
NAZWIŚKO MATKI/ MOTHER'S LAST NAME		IMIĘ MATKI/ MOTHER'S NAME	
Tel # 		Email: 	
ADRES/ADDRESS			
MIASTO-KOD POCZTOWY/ CITY-ZIP CODE			
DANE OJCA/FATHER'S INFORMATION			
NAZWIŚKO OJCA/ FATHER'S LAST NAME		IMIĘ OJCA/ FATHER'S NAME	
Tel # 		Email: 	
ADRES/ADDRESS			
MIASTO-KOD POCZTOWY/ CITY-ZIP CODE			
KONTAKT W NAGŁYCH PRZYPADKACH - NIE RODZIC/ EMERGENCY CONTACT NON-PARENT			
IMIĘ, NAZWIŚKO/ FIRST, LAST NAME:		Tel # 	
NAZWIŚKO LEKARZA/ DOCTOR'S NAME:		Tel # 	

THE MARIA SKŁODOWSKA-CURIE POLISH SCHOOL WISHES TO INFORM INTERESTED PARTIES THAT THE SCHOOL ADMITS STUDENTS OF ANY RACE TO ALL THE RIGHTS, PRIVILEGES, PROGRAMS, AND ACTIVITIES GENERALLY ACCORDED OR MADE AVAILABLE TO STUDENTS AT THAT SCHOOL AND THAT THE SCHOOL DOES NOT DISCRIMINATE ON THE BASIS OF RACE IN ADMINISTRATION OF ITS EDUCATIONAL POLICIES, ADMISSIONS POLICIES, SCHOLARSHIP AND LOAN PROGRAMS AND ATHLETIC AND OTHER SCHOOL ADMINISTERED PROGRAMS.

WYRAŻAM ZGODĘ NA FOTOGRAFOWANIE I PUBLIKACJĘ ZDJĘĆ MOJEGO DZIECKA/DZIECI NA SZKOLNEJ STRONIE INTERNETOWEJ/FACEBOOK LUB W GAZECIE ☐ TAK ☐ NIE

I CONSENT FOR MY CHILD/CHILDREN TO BE PHOTOGRAPHED/I CONSENT TO HAVE MY CHILD/CHILDREN'S PICTURE(S) PUBLISHED ON THE SCHOOL WEBSITE/FACEBOOK PAGE OR OTHER PUBLICATIONS ☐ YES ☐ NO

1 DZIECKO/1 ST STUDENT			
IMIE UCZNIA/ STUDENT'S FIRST NAME		NAZWISKO UCZNIA/ STUDENT'S LAST NAME	
DATA URODZENIA/ DATE OF BIRTH		MIEJSCE URODZENIA/ PLACE OF BIRTH	
ALERGIE/ ALLERGIES			KLASA/GRADE 2022-2023

2 DZIECKO/2 ND STUDENT			
IMIE UCZNIA/ STUDENT'S FIRST NAME		NAZWISKO UCZNIA/ STUDENT'S LAST NAME	
DATA URODZENIA/ DATE OF BIRTH		MIEJSCE URODZENIA/ PLACE OF BIRTH	
ALERGIE/ ALLERGIES			KLASA/GRADE 2022-2023

3 DZIECKO/3 RD STUDENT			
IMIE UCZNIA/ STUDENT'S FIRST NAME		NAZWISKO UCZNIA/ STUDENT'S LAST NAME	
DATA URODZENIA/ DATE OF BIRTH		MIEJSCE URODZENIA/ PLACE OF BIRTH	
ALERGIE/ ALLERGIES			KLASA/GRADE 2022-2023

OPŁATA ZA SZKOŁĘ / SCHOOL COST		
	OPŁATA/COST	DO ZAPŁATY/TOTAL
1 DZIECKO/1ST STUDENT	\$595.00	\$
2 DZIECKO/2ND STUDENT	\$545.00	\$
KOLEJNE DZIECKO/EACH ADDITIONAL STUDENT	\$445.00	\$
OPŁATA ZA RELIGIĘ/RELIGION FEE (8:45AM-9:30AM)	\$180.00 x _____	\$
OPŁATA ZA ŚWIETLICĘ/ DAY ROOM FEE 8:45AM-9:30AM (WYMAGANE MIN. 10 DZIECI DO UTWORZENIA GRUPY/MIN. 10 KIDS TO FORM GROUP)	\$100.00 x _____	\$
DYŻUR/SCHOOL DUTY OD RODZINY/PER FAMILY <i>1x sobota/1x Saturday 9AM-1:00PM</i>	\$100.00	\$100.00
DONACJA/DONATION		
LATE FEE OD RODZINY/PER FAMILY after JULY 1, 2023	\$75.00	
	SUMA DO ZAPŁATY/ TOTAL DUE:	\$

SWOIM PODPISEM JAKO RODZIC/OPIEKUN POWYŻEJ WYMIENIONYCH UCZNIÓW a) STWIERDZAM WIARYGODNOŚĆ CAŁEJ PODANEJ INFORMACJI b) ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO POINFORMOWANIA ADMINISTRACJI SZKOŁY O ZMIANACH W PODANEJ INFORMACJI c) ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO PEŁNEJ OPŁATY ZA SZKOŁĘ d) ZGADZAM SIĘ ODPRACOWAĆ JEDEN DYŻUR W GODZ. 9AM-1PM, ABY ODZYSKAĆ ZWROT DEPOZYTU. BY MY SIGANTURE, AS THE LEGAL PARENT/GUARDIAN OF THE ABOVE LISTED CHILD/CHILDREN a) I ACKNOWLEDGE THE INFORMATION CONTAINED IN THIS APPLICATION IS COMPLETE AND ACCURATE b) I AGREE TO INFORM THE SCHOOL ADMINISTRATION OF ANY CHANGES TO THIS INFORMATION c) I AGREE TO PAY ALL SCHOOL FEES IN FULL d) I AGREE TO FULLFILL SCHOOL DUTY ONE SATURDAY FROM 9AM-1PM IN ORDER TO RECEIVE MY DEPOSIT.

PODPIS RODZICA-OPIEKUNA/PARENT SIGNATURE

DATE