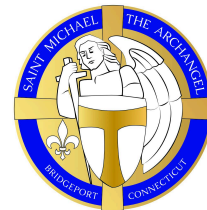




Szkoła Kultury i Języka Polskiego im. św. Jana Pawła II W Parafii św. Michała Archaniola w Bridgeport, CT

310 Pulaski St Bridgeport, CT



Rok Szkolny 2026/2027

PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIANIE (DRUKOWANE LITERY) FORMULARZA PONIŻEJ – WSZYSTKIE POLA WYMAGANE (Please complete the following form diligently, all fields required)

Imię i nazwisko (first and last name)	Data urodzenia MM-DD-RRRR (Date of birth MM-DD-YYYY)	Miejsce urodzenia Kraj, miasto, stan (Place of birth Country, city, state)	Nowy student TAK/NIE (New student YES/NO)	Znane alergie, choroby przewlekłe oraz specjalne potrzeby edukacyjne Known allergies, illnesses, and special education needs

DANE RODZICÓW LUB OPIEKUNA PRAWNEGO (Parent or Legal Guardian Information)

Nazwisko, imię matki/Opiekuna prawnego (Mother's last, first name / Legal Guardian)	
Nazwisko, imię ojca/Opiekuna prawnego (Father's last, first name / Legal Guardian)	
Dziecko mieszka z: (Child lives with:)	☐ Obojgiem rodziców ☐ matka ☐ ojcem ☐ opiekunem
Adres zamieszkania, ulica nr domu (Street address)	
Miasto, stan, kod pocztowy (City, State, Zip Code)	
Tel. kontaktowy (Contact phone numbers)	
Email adres, DRUKOWANE LITERY (Email address, ALL CAPS)	

OSOBY UPRAWNIONE DO ODEBRANIA I KONTAKTU W RAZIE NIEOBECNOŚCI RODZICÓW/OPIEKUNÓW.

Person authorized to pick up and contact in case of parent/guardian absence.

Imię i Nazwisko osoby upoważnionej (first and last name of the person)	Numer Telefonu (Phone number)	Pokrewienstwo (Relationship to the child)

Liczba uczniów Number of Students	Cena za rok Yearly tuition	1 rata do 10/15 First paid half before 10/15	2 rata do 01/15 Second paid half before 01/15	Sposob płatności Payment Method
1 uczeń - 1 student	\$500	\$250	\$250	Oplaty za szkole należy wystawić czek na St Michael the Archangel Church (Payment to be done by check made out to St Michael the Archangel Church)
2 uczniów - 2 students	\$720	\$360	\$360	
3 uczniów - 3 students	\$900	\$450	\$450	
4 uczniów - 4 students	\$1100	\$550	\$550	

UWAGA: W przypadku nieuregulowania płatności w terminie będzie naliczana kara wysokości \$50 za każdy miesiąc zwłoki

ATTENTION: In the case of a late payment, there is a punishable fee of up to \$50 for every month late.

Praca na rzecz Polskiej Szkoły
Work for Polish School

Każda rodzina zobowiązana jest do:

- odpracowania 6 godzin na rzecz Polskiej Szkoły / Every family is required to complete 6 volunteer hours for the Polish school
- 3 sobotnie dyżury w czasie zajęć szkoły (po 4 godziny są obowiązkowe) / Volunteer 3 shifts during school hours (4 hours each is required)
- rodziny które nie odpracują godzin lub nie uregulują czesnego za szkole ich dzieci nie będą mogły kontynuować nauki w nowym roku szkolnym / Families that do not complete their required volunteer hours and/or do not pay by the set deadline, will not be able to register their child for the following school year.

Możliwości odpracowania godzin / Ways to complete hours

- 1 h - ciasto na Jasełka / cake for Christmas Play;
- 1 h - dekoracja lub sprzątanie na Jasełka / decoration or cleaning for Christmas Play;
- 1 h - appetizer na Sylwester / appetizer for New Year's Eve;
- 1 h - dekoracja na Sylwester / decoration for New Year's Eve;
- 1 h - sprzątanie po Sylwestrze / cleaning after New Year's Eve;
- 1 h - appetizer na Biesiadę / appetizer for Feast.

Jeżeli rodzice nie mają możliwości odpracowania godzin, istnieje możliwość zapłaty \$25 za każdą niedopracowaną godzinę wolontariatu (\$25x6 = \$150) oraz opłaty za dyżury sobotnie. / If a parent isn't able to complete their required volunteer hours there is a payment option which is \$25 per volunteer hour (\$25x6 hours = \$150) and fee for 3 Saturday shifts.

Wszelkie zobowiązania należy uregulować u skarbnika szkoły / All payments should be done with the school treasurer

Podpis Rodzica lub Opiekuna (Parent or Legal Guardian Signature)

Data (Date)

OŚWIADCZENIE (CONSENT FORM) Rok Szkolny 2026/2027

1. Oświadczam, iż jestem poinformowany(a), że uczniowie Polskiej Szkoły w Bridgeport nie mogą bez zgody nauczyciela lub członka Zarządu Szkoły opuścić budynku szkoły w czasie zajęć lekcyjnych. Jednocześnie zwalniam szkołę z wszelkiej odpowiedzialności za moje dziecko, jeżeli opuściło ono budynek szkoły samowolnie w czasie zajęć szkolnych. I declare that I have been informed about Bridgeport Polish School students not being allowed to leave school grounds while school is in session without teacher or school official permission. At the same time I release the school from all legal responsibilities and obligations in case the child left school premises of its own accord.
2. Odbieranie dzieci po zajęciach. After school child pick up
Po zakończeniu zajęć szkolnych dzieci będą zwalniane z klasy tylko jeżeli rodzic lub pisemnie wyznaczona osoba do odbierania dzieci jest obecna. Oświadczam także, że zobowiązuje się do odbierania mojego dziecka na czas po zakończeniu zajęć szkolnych. After school activities, children will be released only to parents or person earlier appointed to pick up in writing. I declare I will promptly and on time pick up my child after school.
3. Oświadczam, że zapoznałem(am) się z zasadami opłat za Polska Szkołę. I declare that I am familiar with the payment methods for the Polish School.
4. Rodzic lub opiekun jest odpowiedzialny za wszystkie zniszczenia wyrządzone na terenie szkoły przez ucznia oraz pokrycie kosztów z tym związanych. Parent or legal guardian is responsible for any damage caused by the student on the school premises and cost related to it.
5. Wyrażam zgodę na udział moich dzieci w imprezach/ceremoniach, wycieczkach w których Polska Szkoła będzie brała udział. Równocześnie oświadczam że nie będę podejmować żadnych kroków prawnych przeciwko Polskiej Szkole w razie jakichkolwiek wypadków podczas wyżej wymienionych zajęć. I consent to the participation of my children in events/ceremonies, trips in which the Polish School will take part in. At the same time, I declare that I will not take any legal action against the Polish School in the event of any accidents during the above-mentioned events.
6. Wyrażam zgodę na umieszczenie zdjęć moich dzieci na Facebook szkoły, gazetach itp. I give permission for my child to be in any photos posted on Facebook, the newspaper, etc.

Podpis Rodzica lub Opiekuna (Parent or Legal Guardian Signature)

Data (Date)

Student Emergency Release Form

School year 2026/2027

To oświadczenie jest wypełnione i podpisane z własnej woli, wyłącznie w celu właściwego leczenia w nagłych przypadkach, podczas mojej nieobecności. **This release form is completed and signed of my own free will with the sole purpose of authorizing medical treatment under emergency circumstances in my absence.**

Imię i Nazwisko Rodzica _____ Pokrewieństwo z dzieckiem _____
(First and last name of parent) (Relationship to child)

Imię i Nazwisko Ucznia _____ Data urodzenia (MM-DD-RRRR) __-__-____
(First and last name of child) (Date of birth MM-DD-YYYY)

Adres _____ Stan _____ Zip _____ Miasto _____ Tel. (____) ____-____
(Street Address) (State) (City/Town) (Phone #)

Lekarz dziecka lub Rodziny _____ Tel. (____) ____-____
(Family/Childs Physician) (Phone #)

Ubezpieczenie Medyczne Dziecka _____
(Insurance Information)

Inny kontakt w nagłych sytuacjach WYMAGANY - Imię i Nazwisko _____
(Other contact in case of emergency) (First and Last name)

Pokrewieństwo z dzieckiem _____ Tel. (____) ____-____
(Relationship to child) (Phone #)

ZEZWOLENIE NA MEDYCZNĄ POMOC DLA DZIECKA - MEDICAL EMERGENCY AUTHORIZATION

Szkoła ma moje zezwolenie, w nagłych wypadkach, kiedy nie można się skontaktować ze mną, aby moje dziecko mogło być przewiezione do najbliższego ośrodka medycznego. Personel i zakład medyczny ma moje upoważnienie do zapewnienia właściwego leczenia. Rodzice zgadzają się na poniesienie całkowitej finansowej odpowiedzialności za wszelkie koszty i opłaty związane z zaistnieniem sytuacji wymagającej natychmiastowej pomocy medycznej dla mojego dziecka. **The school has my permission, in an emergency when I cannot be contacted, to take my child to the nearest medical facility, and the facility and its medical staff have my permission authorization to provide treatment that a physician deems necessary for the well being of my child. Parent/Guardian agrees to assume financial responsibility for all expenses and bills incurred in any emergency requiring medical attention.**

Podpis Rodzica lub Opiekuna (Parent or Legal Guardian Signature)

Data (Date)