



# St. Blase Polish Catholic School

Polska Katolicka Szkoła im. Św. Błażeja

6101 S. 75th Ave., Summit, IL 60501

Tel. : (708) 458-8772 lub (708) 458-8556

Fax (708) 458-9560

e-mail: szkolablazeja@yahoo.com

## FORMA REJESTRACYJNA

Imię i Nazwisko Ojca \_\_\_\_\_

Imię i Nazwisko Matki \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_ Miasto \_\_\_\_\_ Stan \_\_\_\_\_

Kod Pocztowy \_\_\_\_\_ Telefon ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Kontakt w nagłych wypadkach \_\_\_\_\_

(Imię i nazwisko, nr telefonu)

Adres email \_\_\_\_\_

Czy rodzina należy do parafii?  NIE  TAK, nr parafialny \_\_\_\_\_ od kiedy \_\_\_\_\_

Akt chrztu św. dostarczyć

Imię i Nazwisko ucznia	Data ur.	Miejsce urodzenia	Klasa	Zmiana
1.	( / / ) mm dd rok	Miasto Kraj		<input type="checkbox"/> Piątek
2.	( / / ) mm dd rok	Miasto Kraj		
3.	( / / ) mm dd rok	Miasto Kraj		
4.	( / / ) mm dd rok	Miasto Kraj		<input type="checkbox"/> Sobota
5.	( / / ) mm dd rok	Miasto Kraj		
6.	( / / ) mm dd rok	Miasto Kraj		

Czy dziecko ma jakieś problemy zdrowotne o których szkoła powinna wiedzieć? (jakie) \_\_\_\_\_

Przy rejestracji dziecka należy wpłacić depozyt w wysokości \$150.00. Depozyt nie podlega zwrotowi.

ZAPŁACONO - \$

DO ZAPŁATY - \$

Cash

Check

Money Order

Data  
(miesiąc / dzień / rok)

\_\_\_\_\_  
Podpis Rodzica lub Opiekuna

( / / )  
mm dd rok  
Data

\_\_\_\_\_  
Podpis Osoby Rejestrującej