



# ST. JOSEPH'S PRIMARY SCHOOL, MACROOM.

## PODANIE O PRZYJECIE NA ROK 2017

PLEASE PRINT Please return by Thursday 9<sup>th</sup>. February 2017

Proszę  
dodać dwie  
fotografie

Digital photos  
accepted

Imię ucznia ( <i>Takie, jak w paszporcie lub akcie urodzenia</i> )		Nazwisko ucznia		Chłopiec	Dziewczyna
Imię w języku irlandzkim (jeśli dotyczy)			Data urodzenia	Rok przyjazdu do Irlandii	
<b>Narodowość ucznia</b>	<b>Panstwo urodzenia/ Pochodzenie etniczne</b>	<b>Proszę zaznaczyć jedno z poniższych</b>		<b>PPS ucznia</b>	
Biały Irlandczyk <input type="checkbox"/>	Cygan Irlandzki <input type="checkbox"/>	Rzymianin <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Inny biały <input type="checkbox"/>	Czarny afrykanin <input type="checkbox"/>	Inny czarnoskóry <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Chinczyk <input type="checkbox"/>	Inny Azjata <input type="checkbox"/>	Inny (włączając pomieszane rasy) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Czy język angielski lub irlandzki jest używany w domu? Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>		Brak zgody <input type="checkbox"/>			
Adres ucznia					
Domowy numer stacjonarny		Główny język, którym posługuje się uczeń		Inne języki	
Wyznanie *		Parafia chrztu ucznia <i>Proszę dostarczyć świadectwo chrztu, jeśli uczeń nie został ochrzczony w Macroom</i>		Nazwa przedszkola/ innej szkoły, do którego uczęszczał uczeń	
Ta informacja zostanie przekazana Ministerstwu Edukacji tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>				Tel.:	
Imię i nazwisko matki			Imię i nazwisko ojca		
Matki adres, jeśli inny niż powyższy			Ojca adres, jeśli inny niż powyższy		
Czy korespondencje posyłać na powyższy adres? Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>		Czy korespondencje posyłać na powyższy adres? Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>			
Tel do pracy matki		Tel do pracy ojca			
Tel komórkowy matki		Tel komórkowy ojca			
Zawód matki		Zawód ojca			
Numer na który mamy posyłać wiadomości tekstowe		Email			
Z kim mieszka uczeń		Rodzice <input type="checkbox"/>	Tylko matka- <input type="checkbox"/>	Tylko ojciec- <input type="checkbox"/>	
Inni ( <i>proszę wypełnić</i> ):					
Z kim mamy się kontaktować w nagłej potrzebie (w przypadku, gdy nie będzie możliwy kontakt z rodzicami)		Pokrewienstwo z uczniem		Nr kom.:	
1					
2					
3					
Imię i klasa rodzeństwa, jeśli uczęszcza do naszej szkoły					

### ZDROWIE

Ucznia lekarz \_\_\_\_\_ telefon \_\_\_\_\_ Nr karty medycznej \_\_\_\_\_

W celu zapewnienia uczniowi najlepszej opieki od pierwszego dnia w szkole, proszę udzielić wyczerpujących odpowiedzi na poniższe pytania. Informacje pozostają tajne.

Czy uczeń miał konsultacje z:

(a) Logopeda (b) Terapia zajęciowa (c) Psycholog (d) Pedagog (e) Inne

Data ostatniej wizyty: \_\_\_\_\_

**Jesli zaznaczyli Państwo tak, to proszę o kontakt z dyrektorką szkoły. Jesli posiadają Państwo dokument z powyższych spotkań, proszę przekazać kopie dyrektorce.**

Czy uczeń cierpi na poważną chorobę? \_\_\_\_\_

Np: alergie, wstrząs anafilaktyczny, zespół Aspergera, astma, ADHD, nadpobudliwość psychoruchowa, autyzm, porażenie mózgowie, dyspraksja, padaczka, napady omdlenia, słaby wzrok, zaburzenia mowy lub inne, które powinny zostać zgłoszone szkole.

Proszę podać szczegóły: \_\_\_\_\_

Czy istnieje jakieś obciążenie prawne na rodzinie, o którym powinna wiedzieć szkoła? \_\_\_\_\_

**Pozostałe informacje:** W celu zapewnienia uczniowi całonocnej opieki, proszę o informacje na temat istniejących (jeśli mają miejsce) problemów z nauką, zdrowiem, żałoba w rodzinie, inna kryzysowa sytuacja w rodzinie, itp.

Proszę o kontakt z nauczycielem lub dyrektorką

Czy przysługuje państwu zasiłek? Rent Subsidy  Lone Parents Allowance  Unemployment Benefit   
Family Income Supplement  Other (please specify)

1. Pragnąc zapewnić naszym uczniom jak najlepszą edukację, może się zdarzyć iż w ciągu roku szkolnego zaproponujemy niektórym z nich uczestnictwo w zajęciach odbywających się w małych grupach. Będą to zajęcia tematyczne dotyczące wsparcia w zakresie języka angielskiego bądź pomocy w innych przedmiotach bądź też wzmocnienia poczucia własnej wartości.

Proszę zaznaczyć, czy wyrażają państwo zgodę na udział ucznia w tych zajęciach.

tak  nie

2. Czy wyrażacie zgodę, aby dziecko brało udział w wycieczkach szkolnych takich jak spacer, wizyty w bibliotece itp?

Tak  nie

3. Czy wyrażacie zgodę na umieszczanie prac dziecka na stronie internetowej

(imiona dzieci nie będą umieszczane)

4. Czy wyrażacie zgodę na umieszczenia dziecka zdjęć z życia szkoły w lokalnych gazetach i czasopismach

Tak  nie

Zarząd szkolny nie może być pociągnięty do odpowiedzialności za zdjęcia i filmy nakrecone przez rodziców na uroczystościach szkolnych, wycieczkach, koncertach itp.

5. Ja, osoba niżej podpisana, rozumiem iż dana zawarte w tym kwestionariuszu będą przechowywane przez szkołę i mogą zostać użyte przez Zarząd Szkoły w sytuacji wyboru rodzica do zarządu szkoły. Jednocześnie potwierdzam, że niektóre dane mogą zostać przekazane do:

- Ministerstwa Edukacji i nauki (Religijne i kulturowe pochodzenie \*)
- Instytucji zdrowia medycznego
- Szkoł, do których uczeń zostanie przeniesiony

tak  nie

tak  nie

tak  nie

OSWIADCZENIE:

Oświadczam, iż informacje podane powyżej są zgodne z prawdą.

Potwierdzam, że otrzymałem i przeczytałem szkolną broszurę, kodeks dyscypliny i regulamin korzystania z internetu.

Potwierdzam, że zapisany przeze mnie uczeń będzie podlegał tym kodeksom i regulaminom.

Wyrażam zgodę na uczestnictwo dziecka w badaniach przesiewowych przeprowadzanych w szkole.

Niniejszym oświadczam, że uczeń będzie w pełni stosować się do i przestrzegać wszystkich szkolnych regulaminów w Szkole Podstawowej im. Św. Józefa w Macroom.

Podpis rodzica/ legalnego opiekuna \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Proszę zwrócić ten formularz do dyrektorki szkoły. Proszę dołączyć świadectwo urodzenia i świadectwo chrztu (jeśli uczeń został ochrzczony poza naszą parafią). Proszę dołączyć kopie wszelkich dokumentów przebytych badań specjalistycznych, które dotyczą rozwoju ucznia