



**St. John Paul II Polish Language School**  
*At The Our Lady of Czestochowa Parish*  
666 Dorchester Avenue, South Boston, MA 02127  
E-mail: [polishlanguageschool@yahoo.com](mailto:polishlanguageschool@yahoo.com)  
Website: <http://www.psboston.org/>  
Phone: (617) 464-2485

## **Kwestionariusz osobowy**

### **Rok szkolny 2018/2019**

Imię i nazwisko dziecka: \_\_\_\_\_  
(Child's first and last name)

Data urodzenia: \_\_\_\_\_  
(Date of birth)                      Dzień(Day)                      Miesiąc (Month)                      Rok (Year)

Miejsce urodzenia \_\_\_\_\_  
(Place of birth)

Imiona rodziców: \_\_\_\_\_  
(Parent's/ legal guardian's name)

Adres zamieszkania: \_\_\_\_\_  
(Address)

Domowy numer telefonu: \_\_\_\_\_  
(Home phone number)

Numer telefonu w razie nagłego wypadku w trakcie trwania zajęć: \_\_\_\_\_  
(Emergency phone number)

Adres emailowy: \_\_\_\_\_  
(Email address)

Podpis rodziców/ opiekuna: \_\_\_\_\_  
(Parent's/ legal guardian's signature)

Date: \_\_\_\_\_  
(Date)

Szkoła Języka Polskiego im. Św. Jana Pawła II nie ponosi odpowiedzialności prawnej za wypadki na terenie szkoły.

1. Imię i nazwisko dziecka: \_\_\_\_\_  
(Child's first and last name)

2. Data urodzenia: \_\_\_\_\_  
(Date of birth)

3. Czy dziecko posiada ubezpieczenie medyczne?  
(Does your child have a medical insurance?)     **Tak/Yes ( ) Nie/No ( )**

4. Placówka opieki medycznej: \_\_\_\_\_  
(Health care provider)

5. Telefon w razie wypadku w trakcie trwania zajęć: \_\_\_\_\_  
(Emergency phone number)

6. Imię i nazwisko lekarza dziecka: \_\_\_\_\_  
(Primary doctor's first and last name)

7. Telefon do lekarza: \_\_\_\_\_  
(Doctor's phone number)

8. Czy wyraża Pan/Pani zgodę na udzielenie dziecku natychmiastowej pomocy lekarskiej w razie takiej konieczności? (Do you permit us to arrange immediate emergency medical help for your child?)     **Tak/Yes ( ) Nie/No ( )**

**9. Czy dziecko jest uczulone na jakieś specyficzne leki?**  
(Is your child allergic to any medication?)     **Tak/Yes ( ) Nie/No ( )**

Jesli tak to proszę sprecyzować: \_\_\_\_\_  
(If yes, please specify)

**10. Czy dziecko ma jakiegokolwiek inne alergie?**  
(Is your child allergic to anything else?)     **Tak/Yes ( ) Nie/No ( )**

Jesli tak to proszę sprecyzować: \_\_\_\_\_  
(If yes, please specify)

11. Czy dziecko ma przewlekłe choroby - np. astma, etc.?  
(Does your child have any chronic medical condition – e.g. asthma, etc.?)  
**Tak/Yes ( ) Nie/No ( )**

Jesli tak to proszę sprecyzować: \_\_\_\_\_  
(If yes, please specify)

**Podpis rodzica:** \_\_\_\_\_  
(Parent's signature)

**Data:** \_\_\_\_\_  
(Date)