

Mary, Undoer of Knots Parish – St. Constance Church

5843 W. Strong St. Chicago, IL 60630 - 773-545 8581 Ext. 40

FORMA REJESTRACYJNA 2024-25

Imię i Nazwisko Ojca _____

Imię i Nazwisko Matki _____

Adres _____

Miasto _____ Stan _____ Kod Pocztowy _____

Telefon komórkowy _____ E-mail adres _____

Kontakt w nagłych wypadkach _____

Imię i Nazwisko - numer telefonu

Czy Twoje dziecko ma alergię lub przyjmuje leki? _____

Czy wyrażasz zgodę, aby zdjęcia grupowe były umieszczane na parafialnej stronie internetowej? _____

Czy rodzina należy do parafii św. Konstancji? Nie _____ Tak _____ Nr paraf. _____

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA	DATA I MIEJSCE URODZENIA Miesiąc/Dzień/Rok	Czy dziecko jest ochrzczone?	KLASA	PIĄTEK/ SOBOTA	Czy dziecko chodzi do Polskiej Szkoły?
1.	__ / __ / __				
2.	__ / __ / __				
3.	__ / __ / __				
4.	__ / __ / __				

Kwota do zapłaty _____ (Depozyt bezzwrotny \$100.00) Katechizm \$20 _____

Oplaty za Religie:

1 dziecko - \$200 / \$250

2 dzieci - \$300 / \$350

3 dzieci - \$385 / \$425

I Wpłata _____ Data _____

II Wpłata _____ Data _____

Zapłacono w całości: _____ Data _____

Podpis Rodzica lub Opiekuna

Data rejestracji

Podpis osoby przyjmującej rejestrację

Mary, Undoer of Knots Parish – St. Constance Church

5843 W. Strong St. Chicago, IL 60630 - 773-545 8581 Ext. 40

MEDICAL/EMERGENCY INFORMATION & RELEASES

Family Name _____

Student Name _____ Grade _____ Allergies / Special Needs _____

Special circumstances: If your child has any learning challenges, handicaps, illness or other special needs that we should be aware of, please indicate below so we can be attentive to them. _____

Medical Release

If the undersigned, or my (our) authorized physician cannot be reached and in the judgement of the Director of Faith Formation or other persons responsible for the program or other appropriate staff member, there is a necessity for immediate examination and/or treatment of my child. I (we) hereby authorize any of the aforesaid personnel to obtain for my (our) child such medical services as are deemed necessary. I agree to assume the financial responsibility for any diagnosis/treatment and for medication deemed necessary.

⇒ Signature Parents/ Guardian _____ Date: _____

Photo Release

On occasion, St. Constance Faith Formation uses photos and/or academic work of students in school/parish publications to share information about the program. Publications include, but are not limited to: the website, school yearbook, student academic work, advertisements, annual reports, posters, newsletters, parish bulletins and other public relations material.

Check the appropriate box, sign and date your reply.

Yes, I grant permission for St. Constance Faith Formation to publish my child's photograph in any format.

No, I would prefer that my child's image not be published in any format at this time.

⇒ Signature of Parent/Guardian _____ Date: _____

*******For Office use only:*******

Date Information Entered Into Student File: _____ Entered by: _____