



Photograph

## Student Application Form

### Permission and Medical Information (Karta Informacyjna Dziecka)

<b>NAME</b>	(Middle Name)	<b>SURNAME</b>	Date of Birth (dd-mm-yyyy)

Nationality  Gender:  Male  Female

If first Language is not English, indicate level  Beginner  Good  Fluent

Other languages:

<b>Parents / Rodzice</b>	
Father's Nationality	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Full name	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Address	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Telephone	<input style="width: 100%;" type="text"/>
e-mail	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Mother's Nationality	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Full name	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Address	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Telephone	<input style="width: 100%;" type="text"/>
e-mail	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<b>Emergency Contact / Kontakt w razie nagłego wypadku</b>	
Full name	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Telephone	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Address	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Family Doctor's contact	<input style="width: 100%;" type="text"/>

<b>Pick Up Permission / Upoważnienie do odbioru dziecka</b>			
Please list the people you authorize to pick up your child			
Full Name	<input style="width: 95%;" type="text"/>	ID Card	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Full Name	<input style="width: 95%;" type="text"/>	ID Card	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Full Name	<input style="width: 95%;" type="text"/>	ID Card	<input style="width: 95%;" type="text"/>



# American School of Wrocław

<b>Student Medical Record</b>	
Special medical conditions: <i>/Zalecenia medyczne</i>	
Chronic illnesses: <i>/Choroby przewlekłe</i>	
History of serious injuries or hospitalization of which we should be aware: <i>/ Historia zabiegów / hospitalizacji, o których powinniśmy wiedzieć</i>	
Diabetes / <i>Diabetyk</i> . If your child has diabetes, please notify the school Director. An authorization form for children diabetes must be completed at enrollment. <i>/ Jeśli Państwa dziecko jest diabetykiem, proszę poinformować o tym dyrekcję szkoły. Formularz dziecka, które jest diabetykiem musi być szczegółowo wypełniony i załączony do umowy</i>	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Special dietary needs: <i>/Wymogi diety diabetyka:</i>	
Physical restrictions: <i>/Fizyczne ograniczenia</i>	
Does your child function at the level of other children in his/her age group? <i>/Czy Państwa dziecko funkcjonuje na poziomie odpowiadającym jego grupie wiekowej?</i>	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Explain:	
Is your child able to fully participate in all the activities offered by ASW? <i>Czy państwa dziecko jest w stanie uczestniczyć we wszystkich aktywnościach oferowanych przez ASW?</i>	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Explain:	
Is your child able to walk? <i>/Czy Państwa dziecko potrafi chodzić?</i>	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Explain:	
Can your child effectively communicate his/her needs? <i>/Czy Państwa dziecko potrafi komunikować swoje potrzeby</i>	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Explain:	



# American School of Wrocław

Does your child require any assistance at mealtime?  YES  
 /Czy Państwa dziecko potrzebuje pomocy/asysty w czasie spożywania posiłków  NO

Explain:

Is your child toilet trained?  YES  
 /Czy Państwa dziecko potrafi korzystać z toalety?  NO

Explain:

**Allergies.** If YES, list to what kind and describe reaction /  
*Alergie. Jeśli TAK, proszę podać na jakie i opisać reakcję*

To Medications /Na leki  YES  
 NO

Explain

To Food /Pokarmowe  YES  
 NO

Explain

Respiratory /Oddechowe  YES  
 NO

Explain

Other:  
 /Inne

Are any of the allergies severe or life-threatening? / Czy któraś z alergii jest ciężka lub zagrażająca życiu?  
 Explain

**Immunization Record** (Type in Dates of vaccinations) / *Szczepienia*

Hepatitis A /WZW typu A						
Hepatitis B /WZW typu B						
TB Test						
Polio						
Diphtheria /Błonica dyfteryt						
Mumps /Świnka						



# American School of Wrocław

## Permission / *Pozwolenia*

I give my permission for my child to participate in various holiday celebrations at school.  YES  NO

I give my permission for my child to occasionally watch a video/movie at school.  YES  NO

## About your child diet / *Dieta dziecka*

Is your child vegetarian?  YES  NO  
*/ Czy twoje dziecko jest wegetarianinem?*

If Yes, is Fish allowed?  YES  NO  
*/ Jeśli Tak, czy może jeść ryby?*

Eggs allowed?  YES  NO  
*/ Czy może jeść jajka?*

## About the Pupil

Favourite Toy?	
Favourite Story?	
Favourite Game?	
Best Friends' names:	
Siblings and age:	
Nap time + duration:	
Best falls asleep if...	
Favourite Food?	
Favourite Drink?	
Nick name:	
Pets?	
Usually goes to bed at?	
Usually wakes up at?	
Additional info:	



### **Medical policies**

1. Prior to enrollment, I must provide the center with updated medical and immunization information for my child. I understand that children without appropriate current medical records may not attend the school.
2. I agree to promptly provide information to the school regarding any conditions, illnesses, allergies, or other special needs that may require specific care or attention and agree to provide additional documentation as needed.
3. If the school staff notifies me that my child is ill, I must pick up my child as soon as possible.
4. If my child contracts a reportable contagious disease, my child may return only with a physician's note indicating that my child is no longer contagious.
5. In case of a medical or other emergency while my child is under the school's supervision, I understand that ASW staff is authorized to:
  - Consult the child's physician
  - Transport my child via ambulance or other emergency medical service to a hospital
  - Obtain any emergency medical treatment deemed necessary by medical authorities
  - Medication: ASW regulations regarding medication must be followed. ASW staff is not allowed to give any prescription or non-prescription medication to your child at school.

### **/ Polityka medyczna szkoły:**

1. *Przed zapisaniem dziecka do szkoły, dostarczę dokumenty zawierające aktualne informacje na temat zdrowia oraz szczepień dziecka. Rozumiem, że dzieci bez aktualnej "Dokumentacji Medycznej Studenta" nie uzyskają zgody na uczęszczanie do szkoły.*
2. *Zobowiązuję się dostarczać na bieżąco informacje na temat samopoczucia dziecka, przebywanych chorób, alergii lub innych sytuacji, które będą wymagać kierowania szczególnej uwagi na stan zdrowia dziecka. Na temat zaistniałych sytuacji chorobowych, zobowiązuje się w miarę możliwości dostarczać aktualną dokumentację medyczną dotyczącą stanu zdrowia mojego dziecka.*
3. *Jesli pracownicy szkoły stwierdzą, że dziecko jest chore, zobowiązuje się odebrać dziecko jak najszybciej ze szkoły.*
4. *Jesli moje dziecko zachoruje na chorobę zakaźną, może wrócić na zajęcia do szkoły tylko i wyłącznie z zaświadczeniem od lekarza, w którym lekarz przedstawi opinie jako, że dziecko jest już zdrowe i nie zaraża poprzez kontakt z innymi dziećmi.*
5. *W sytuacji, która wymaga nagłej interwencji medycznej lub wezwania pogotowia, podczas gdy dziecko jest pod opieką szkoły, upoważniam pracowników ASW do:*
  - *Bezpośredniego skontaktowania się z lekarzem dziecka*
  - *Transport dziecka karetką lub skorzystanie z innego rodzaju transportu opieki medycznej do szpitala.*
  - *Uzyskania leczenia w nagłych wypadkach, uznanego za niezbędne przez władze medyczne.*
  - *Leki : Regulacje ASW dotyczące zażywania leków na terenie szkoły muszą być przestrzegane. Personel ASW nie pozwala na zażywanie przez dziecko żadnych leków na terenie szkoły (zarówno przepisanych na receptę jak i tych bez recepty).*

This document has only 5 pages. Please pass by the Office to verify the document after you have sent it to the ASW office.

date / data

Signatures of parents/legal guardians  
/czytelne podpisy rodziców/prawnych opiekunów