



Boskola Felvételi Lap

Általános			
Tanuló neve	Születési ideje	/	/
Gondviselő (1) neve:	anyanyelve:		
Gondviselő (2) neve:	anyanyelve:		
Tartózkodási cím			
	utca, házszám	város	állam irányítószám
Telefonszám nappal:	este:	mobil:	
Email cím			
Program (1)	<input type="radio"/> Óvoda (3-6 év)	<input type="radio"/> Iskola (6-10 év)	<input type="radio"/> Iskola (10+ év)
Program (2)	<input type="checkbox"/> Cserkészet (5 éven felülieknek)		
Magyar nyelvtudás			
<input type="radio"/> ért <input type="radio"/> nem ért	<input type="radio"/> beszél <input type="radio"/> nem beszél	<input type="checkbox"/> ír	<input type="checkbox"/> olvas
Otthon beszélt nyelv	<input type="checkbox"/> angol	<input type="checkbox"/> magyar	<input type="checkbox"/> vegyes/más
Ha vegyes vagy más, kérjük elmagyarázni. <i>Például: apával angolul, nagymamával és anyával magyarul.</i>			
Kivel és milyen gyakorisággal beszél a gyermek magyarul?			



Boskola Felvételi Lap

Megjegyzések / Kérdőív

Becenév

Egyébb hasznos tudnivalók a tanulóról

Erőssége, gyengéi, érdeklődése, egyéni szükségletei, kívánságai, stb:

Allergia (ha van, mire?), egyéb egészségügyi információ:

Hajlandó vagyok a gyermekkel az iskolában tanultakat átnézni

mindig alkalmanként soha

Szeretném, ha a gyermek kapna házi feladatot

mindig alkalmanként soha

Otthon a gyermekkel magyarul beszélek

mindig alkalmanként soha

A gyermekem rendszeres magyar iskolába járásától a következőket várom



Boskola Együttműködési Nyilatkozat

<input type="checkbox"/>	Tudomásul veszem, hogy a felvételi korhatár szeptember 30-ig betöltött harmadik életév, s hogy gyermekem a Boskolába nem nyerhet felvételt, amennyiben még pelenkát visel.
<input type="checkbox"/>	Tudomásul veszem, hogy magyarul nem beszélő gyermek csak abban az esetben kerülhet a programba, ha a magyarul kiadott utasításokat megérti és azokat a csoportban levő más gyermekek és a vezető hátráltatása nélkül követni tudja.
<input type="checkbox"/>	Tudomásul veszem, hogy kérdéses esetekben egyéni elbírálás dönt a gyermek felvételéről és hogy három próba foglalkozás után a csoportot vezető tanár a csoport érdekében úgy dönthet, hogy gyermekem nem vehet részt a foglalkozásokon.
<input type="checkbox"/>	Tudomásul veszem, hogy a program rendszeres részvételre épül, s nem alkalmankénti megjelenésre.
<input type="checkbox"/>	Tisztában vagyok a többgyermekes kedvezmény és az anyagi rászoruláson alapuló ösztöndíj lehetőségével.
<input type="checkbox"/>	Vállalom az iskolai részvételi költség fizetését a teljes tanévre. <input type="radio"/> 1 részletben <input type="radio"/> 2 részletben <input type="radio"/> 3 részletben
<input type="checkbox"/>	Vállalom, hogy hiányzás esetén a gyermekem csoportjával foglalkozó személyt a tanítás megkezdése előtt értesíteni fogom, s hogy beteg gyermeket nem hozok a foglalkozásra.
<input type="checkbox"/>	Tudomásul veszem, hogy a késés nem csak a saját gyermekemnek, de csoporttársainak és a vezető tanárnak is kényelmetlenséget okoz. Vállalom, hogy a gyermekemet 9:30 és 9:45 között a foglalkozásra eljuttatom.
<input type="checkbox"/>	Tudomásul veszem, hogy az iskolai program 12:00-kor végződik, s a cserkészetre nem járó gyerekeket a csoportjukat vezető tanártól a délelőtti program befejezésekor a szülőnek át kell venni. A cserkészet 12:15-kor kezdődik. A két szervezett program között a gyerekek felügyelete csak szülői ügyelet megszervezésével működik; sem a tanárokat, sem a cserkészvezetőket nem terheli a gyerekelügyelet felelőssége.
<input type="checkbox"/>	Tudomásul veszem, hogy a Boskola által működtetett Kincskereső Könyvtár köteteiből a foglalkozások napjain 12 és 12:30 óra között lehetőségem van kölcsönözni.
<input type="checkbox"/>	Tudomásul veszem, hogy a programmal kapcsolatos információcsere email-en keresztül zajlik, ezért a boskola@yahoogroups.com listá-hoz egy olyan email címet adok meg, amit rendszeresen ellenőrzök. Vállalom, hogy a listára írt tájékoztatókat minden esetben elolvasom. Tisztában vagyok azzal, hogy egy fontos email elolvasásának elmulasztása miatt gyermekem esetleg kényelmetlen helyzetbe kerülhet.
<input type="checkbox"/>	Tudomásul veszem, hogy a hiányzások (sport tevékenység, betegség, egyéb) pótlására lehetőség van, a pótlandó anyag a gyermekkel foglalkozó tanártól beszerezhető, s hogy az elmulasztott anyag bepótlása a gyermekem érdekeit szolgálja. Tudomásul veszem, hogy a felzárkóztatás a szülő felelőssége.
<input type="checkbox"/>	Vállalom, hogy a boskolás termék takarítását a számomra kijelölt napon megszervezem.
<input type="checkbox"/>	Tudomásul veszem, hogy a Boskola sem anyagilag, sem jogilag felelősséget nem vállal gyermekem által okozott kárért.
<input type="checkbox"/>	Tudomásul veszem, hogy a Boskola állami szabályzásnak megfelelően köteles gyermekem sürgősségi egészségügyi ellátásához szükséges adatait elkérni, ezért azokat a mellékelt angol nyelvű lapon rendelkezésre bocsátom.

A fenti szabályokat értem és tudomásul veszem.

Aláírás

Dátum



Boskola Medical Information

Personal			
Name	Date of Birth	Age	
Home Address			
City	State	Zip	Home Phone

Emergency Contact (1)		
Name	Relationship	
Home Phone	Work Phone	Cell
Address		

Emergency Contact (2)		
Name	Relationship	
Home Phone	Work Phone	Cell
Address		

Health Insurance	
Company	Number
Claims Address	
Company Phone	Policy Holder
Doctor	Doctor Phone

Consent To Medical Treatment / Release Of Liability	
<p>I, the undersigned, affirm that, to the best of my knowledge, the above named student, a minor, is in good health and does not suffer from any physical, mental, or emotional problems preventing his or her participation in school activities. I recognize that, in case of medical emergency, Boskola staff may be unable to contact me for my consent for emergency medical care, and I do hereby consent in advance to such emergency care, including hospital care, as may be deemed necessary under the then existing circumstances.</p> <p>I hereby release Boskola, its leaders, helpers and associates, as well as its participants and agents from liabilities and damages incurred by my child while participating in all the various school activities, or from any liability which may result from medical services pursuant to this waiver.</p>	
Signature	Relationship to Student
Name (Printed)	Date

All information will be held in strictest confidence.