



Aplikacja do International School of Poznan

High School - HS / International Baccalaureate Diploma Programme - DP

Wypełnij DRUKOWANYMI literami. Aplikacja może być przesłana na: admissions@isop.pl

Aplikacja na rok szkolny:		
Planowana data rozpoczęcia nauki:	Obecna klasa:	
Planowany czas pobytu w ISoP:		
Czy uczeń aplikował wcześniej do ISoP?	Tak <input type="checkbox"/> Kiedy:	Nie <input type="checkbox"/>
Czy uczeń uczęszczał wcześniej do ISoP?	Tak <input type="checkbox"/> Kiedy:	Nie <input type="checkbox"/>
Czy ktoś z rodziny uczęszczał do ISoP?	Tak <input type="checkbox"/> Nazwisko:	Nie <input type="checkbox"/>

Aplikacja do klasy:

0	HS1	HS2	DP1	DP2
---	-----	-----	-----	-----

CZĘŚĆ A: O Aplikującym

Nazwisko (formalne):	
Imię (formalne):	Drugie imię:
Preferowane imię:	
Data urodzenia (dd/mm/rr):	Płeć: Męska <input type="checkbox"/> Żeńska <input type="checkbox"/>
Kraj urodzenia:	Miasto urodzenia:
Obywatelstwo (wymień wszystkie):	
Numer PESEL/paszportu:	

Adres ucznia (Poznań i okolice) Ulica:	
Miasto:	Kod pocztowy:
Rejonowa publiczna szkoła podstawowa (zależna od adresu zameldowania) - tylko aplikujący do 0 i HS1 :	
Adres szkoły rejonowej:	

CZĘŚĆ B: Dotychczasowa Edukacja Ucznia

Szkoły

Obecna szkoła:	
Miasto:	Kraj:
Uczęszcza w latach:	Klasy:
Nauczanie w języku:	Program IB: Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>

Szkoła wcześniejsza:	
Miasto:	Kraj:
Uczęszczał w latach:	Klasy:
Nauczanie w języku:	Program IB: Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>

Szkoła wcześniejsza:	
Miasto:	Kraj:
Uczęszczał w latach:	Klasy:
Nauczanie w języku:	Program IB: Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>

Języki

Język ojczysty:	Język używany w domu:
Poziom j. angielskiego: Zero <input type="checkbox"/> Proste słowa <input type="checkbox"/> Proste zdania <input type="checkbox"/> Komunikatywny <input type="checkbox"/> Średni <input type="checkbox"/> Płynny <input type="checkbox"/> Ojczysty <input type="checkbox"/>	
Poziom j. polskiego: Zero <input type="checkbox"/> Proste słowa <input type="checkbox"/> Proste zdania <input type="checkbox"/> Komunikatywny <input type="checkbox"/> Średni <input type="checkbox"/> Płynny <input type="checkbox"/> Ojczysty <input type="checkbox"/>	
Czy uczeń uczył się wcześniej <u>w</u> j. angielskim?	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Czy uczeń uczy się innych języków? * wymień języki i poziom	Tak* <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Wybór dodatkowego języka w ISoP. Wybierz jeden.* niemiecki <input type="checkbox"/> hiszpański <input type="checkbox"/> *Jeśli jeden z nich jest ojczystym językiem ucznia, należy wybrać drugi.	

Potrzeby edukacyjne:

Zainteresowania kandydata:		
Trudności edukacyjne kandydata:		
Czy uczeń był kiedykolwiek skierowany na konsultację ze specjalistą? (np. logopeda, audiolog, pedagog, psycholog, psychiatra,)?		
	Tak* <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
* Jeśli tak, czy wystawiono dokument? Zaznacz poniżej.		
	Tak* <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Orzeczenie poradni psych-ped. <input type="checkbox"/> Opinia poradni psych-ped. <input type="checkbox"/> Inne..... *Kopia musi być dostarczona z aplikacją.		
Czy uczeń kiedykolwiek brał udział w poniższych programach?		
<input type="checkbox"/> English as an Additional Language		
<input type="checkbox"/> Dodatkowa pomoc edukacyjna:		
	Czytanie <input type="checkbox"/>	Pisanie <input type="checkbox"/>
	Ortografia <input type="checkbox"/>	Wymowa <input type="checkbox"/>
	Matematyka <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Program dla uzdolnionych uczniów:		
Opisz:		
Czy uczeń kiedykolwiek otrzymywał dodatkową pomoc z powodu jakichkolwiek trudności wychowawczych, społecznych i/lub emocjonalnych?		
	Tak* <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
*Jeśli tak, opisz:		
Czy uczeń zaangażowany jest w aktywności pozaszkolne (sportowe, artystyczne, org. społeczne, itp.)?		
	Tak* <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
*Jeśli tak, opisz:		
Czy uczeń kiedykolwiek powtarzał klasę?		
	Tak* <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
*Jeśli tak, to którą klasę, opisz:		
Czy uczeń kiedykolwiek otrzymał karę wydalenia ze szkoły?		
	Tak* <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
*Jeśli tak, podaj kiedy i dlaczego:		

CZĘŚĆ C: O Rodzinie

Rodzic/Opiekun prawny 1

Nazwisko:	Imię:		
Pokrewieństwo z Aplikantem: Matka <input type="checkbox"/> Ojciec <input type="checkbox"/> Opiekun prawny* <input type="checkbox"/> *dokumentacja prawna musi być dostarczona			
Znajomość j. angielskiego: Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Znajomość j. polskiego: Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>		
Nr tel. komórkowego:	Email:		
Mieszka razem z Aplikantem: Tak <input type="checkbox"/> Nie* <input type="checkbox"/> *Jeśli nie, podaj adres:			
Zakład pracy:	Nr tel. do pracy:		

Rodzic/Opiekun prawny 2

Nazwisko:	Imię:		
Pokrewieństwo z Aplikantem: Matka <input type="checkbox"/> Ojciec <input type="checkbox"/> Opiekun prawny* <input type="checkbox"/> *dokumentacja prawna musi być dostarczona			
Znajomość j. angielskiego: Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Znajomość j. polskiego: Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>		
Nr tel. komórkowego:	Email:		
Mieszka razem z Aplikantem: Tak <input type="checkbox"/> Nie* <input type="checkbox"/> *Jeśli nie, podaj adres:			
Zakład pracy:	Nr tel. do pracy:		

Rodzeństwo

Czy są inne dzieci w rodzinie?		Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Siostra/Brat	Uczęszcza do ISoP: Tak* <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Siostra/Brat	Uczęszcza do ISoP: Tak* <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Wiek:	Aplikuje do ISoP: Tak* <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Wiek:	Aplikuje do ISoP: Tak* <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
*Imię i nazwisko:		*Imię i nazwisko:	
Siostra/Brat	Uczęszcza do ISoP: Tak* <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Siostra/Brat	Uczęszcza do ISoP: Tak* <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Wiek:	Aplikuje do ISoP: Tak* <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Wiek:	Aplikuje do ISoP: Tak* <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
*Imię i nazwisko:		*Imię i nazwisko:	

CZĘŚĆ D: Płatności

Kto płaci za szkołę:		Rodzice/Opiekunowie prawni <input type="checkbox"/>	Firma* <input type="checkbox"/>
* Wypełnij poniżej (obowiązuje podpisanie trójstronnej umowy).			
Nazwa firmy:			
NIP:		Adres:	
Osoba do kontaktu:			
Email		Nr telefonu:	

CZĘŚĆ E: Warunki

Ogólne:

<ul style="list-style-type: none"> - Dokumenty ucznia z dwóch ostatnich okresów sprawozdawczych muszą być dołączone do tej aplikacji. Dokumenty wystawione w innym języku niż język polski lub angielski, muszą być przetłumaczone na jeden z tych języków. - ISoP może skontaktować się z wcześniejszymi szkołami dziecka w celu otrzymania dodatkowych informacji o uczniu. - Jakikolwiek dokumenty dotyczące specjalnych potrzeb edukacyjnych ucznia muszą być dostarczone do szkoły w trakcie procesu rekrutacji (w j. polskim lub angielskim). Jeśli taki dokument został wystawiony później, musi on być niezwłocznie dostarczony. - ISoP może udzielić tylko ograniczonego wsparcia uczniom mającym specjalne potrzeby edukacyjne, w zależności od typu tych potrzeb i możliwości szkoły. - Dokumentacja medyczna (dokumenty z poprzedniej szkoły, wykaz szczepień, itd.) musi być dostarczona do sekretariatu lub pielęgniarki ISoP przed pierwszym dniem dziecka w szkole - Opłata rekrutacyjna obowiązuje po pozytywnym rozpatrzeniu aplikacji i decyzji o przyjęciu do szkoły (więcej info http://www.isop.pl/pl/fees-2/) - Rodzice/Opiekunowie zobowiązani są podpisać umowę z Fundacją o świadczenie usług edukacyjnych.
--

CZĘŚĆ A - CZĘŚĆ E

Podpis Rodzica/Opiekuna:	Data:
Podpis Rodzica/Opiekuna:	Data:

CZĘŚĆ F: RODO - REKRUTACJA

Rodzice/Opiekunowie określani w Części C, jako przedstawiciele ustawowi małoletniego określonego w Części A, stwierdzają:

<p>Wyrażamy zgodę na przetwarzanie naszych danych osobowych oraz danych osobowych małoletniego, zawartych w tej aplikacji, w tym wizerunek, przez Fundację International School of Poznan z siedzibą w Poznaniu (60-147) przy ul. Taczanowskiego 18 (wpisaną do Rejestru stowarzyszeń innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez Sąd Rejonowy – Poznań Nowe Miasto i Wilda, VIII Wydział Gospodarczy KRS pod nr 0000231789) w celach związanych i niezbędnych dla przeprowadzenia procesu rekrutacji oraz przyjęcia ucznia do szkoły prowadzonej przez Fundację.</p> <p>Oświadczamy jednocześnie, że zapoznaliśmy się z treścią zasad ochrony danych osobowych - Polityka Prywatności - stosowanymi u Administratora danych dostępnymi na www.isop.pl/pl/polityka-prywatności/</p>		
Podpis:	Podpis:	Data:

<p>Oświadczamy, że zostaliśmy poinformowani przez Fundację, iż wszystkich zgód udzielamy na czas niezbędny dla realizacji celów dla jakich zgód udzieliliśmy, zwłaszcza na prowadzenia postępowania rekrutacyjnego dotyczącego nauki małoletniego dziecka w szkołach prowadzonych przez Fundację International School of Poznan oraz że każdą ze zgód możemy cofnąć w dowolnym momencie w drodze pisemnego oświadczenia nadanego pocztą (przesyłką poleconą) lub dostarczonego do sekretariatu szkoły do jakiej przebiega rekrutacja.</p>		
Podpis:	Podpis:	Data:

<p>Oświadczamy iż zostaliśmy poinformowani przez Fundację, iż brak udzielenia zgód wskazanych wyżej bądź ich cofnięcie może uniemożliwić w całości lub w części realizację procesu rekrutacji i przyjęcia do szkoły naszego małoletniego dziecka i może skutkować odmową przyjęcia dziecka do szkoły.</p>		
Podpis:	Podpis:	Data:

CZĘŚĆ G: Formularz Medyczny

Nazwisko:	Imię:
Data urodzenia (dd/mm/rr):	Płeć: Męska <input type="checkbox"/> Żeńska <input type="checkbox"/>
Nr PESEL/paszportu:	
Nr tel. matki:	Zaznacz preferowany język: angielski / polski
Nr tel. ojca:	Zaznacz preferowany język: angielski / polski
Czy aplikujący jest ubezpieczony w ZUS? Tak <input type="checkbox"/> Nie* <input type="checkbox"/> *Jeśli nie, Rodzic/Opiekun może wykupić ZUS przez ISO-P. Jeśli posiada inne ubezpieczenie zdrowotne, dokument potwierdzający musi być dostarczony do sekretariatu.	

Czy dziecko cierpi na przewlekłe choroby/przyjmuje leki (np. cukrzyca, astma, epilepsja, problemy z sercem): *Jeśli tak, opisz:	Tak* <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Czy dziecko ma alergię: *Jeśli tak, opisz:	Tak* <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Czy dziecko ma długoterminowe ograniczenia aktywności fizycznej?: *Jeśli tak, opisz: :	Tak* <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Czy dziecko przeszło poważne choroby lub operacje: *Jeśli tak, opisz:	Tak* <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Czy dziecko ma trudności z: Słuchem <input type="checkbox"/>	Wzrokiem <input type="checkbox"/>	Wymową <input type="checkbox"/>
Czy dziecko cierpi na częste: Bóle głowy <input type="checkbox"/> Bóle brzucha <input type="checkbox"/> Omdlenia <input type="checkbox"/> Lęki <input type="checkbox"/> Smutki <input type="checkbox"/> Niepokoje <input type="checkbox"/>		

Rodzice/Opiekunowie są zobowiązani uaktualniać dokumentację medyczną.

W razie wypadku, uczeń może być przetransportowany do szpitala. ISO-P natychmiast skontaktuje się z Rodzicem/Opiekunem prawnym.

Część G

Podpis Rodzica/Opiekuna:	Data:
Podpis Rodzica/Opiekuna:	Data: