



34 Hampstead Road, Flemington (Sydney) NSW 2140

УПИСНИЦА/ ENROLMENT FORM FOR 2023
ЗА ШКОЛУ СРПСКОГ ЈЕЗИКА И КУЛТУРЕ/ SERBIAN LANGUAGE AND
CULTURE SCHOOL

Крштено име/Christian Name: _____ Презиме/Surname: _____

Године старости/Age: _____ Датум рођења/D.O.B.: _____

Име оца/Father's Name: _____

Име мајке/Mother's Name: _____

Кућна адреса/ Home Address: _____

Број Поште/Postcode: _____

Број телефона/Telephone: _____

Email: _____

Крсна Слава/Family Patron Saint's Day: _____

ПОДАЦИ О РЕДОВНОЈ ШКОЛИ/DETAILS OF REGULAR SCHOOL

ИМЕ ШКОЛЕ/SCHOOL NAME: _____

ПРИВАТНА ИЛИ ДРЖАВНА/PRIVATE OR PUBLIC: _____

ОСНОВНА ИЛИ СРЕДЊА/PRIMARY OR SECONDARY: _____

РАЗРЕД УПИСАН ТЕКУЋЕ ГОДИНЕ/YEAR OF ENROLMENT FOR THE YEAR: _____

- | | Да | Не |
|---|--------------------------|--------------------------|
| | Yes | No |
| 1. Да ли је ваше дете раније похађало ову школу?
Was your child enrolled previously? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ако јесте, када? _____ Који разред? _____
If so, when? _____ Which grade? _____ | | |
| 3. Да ли ваше дете говори Српски језик?
Does your child speak fluent Serbian? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Да ли ваше дете чита и пише ћирилицу?
Can your child read and write in Cyrillic? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ПОДАЦИ О ЗДРАВСТВЕНОМ СТАЊУ
INFORMATION ABOUT CHILD'S HEALTH

1. Да ли ваше дете пати од алергије, епилепсије, или хроничних оболења?
Does your child suffer from allergies, epilepsy or any chronic health problems?

 2. Ако јесте, молимо за детаље: _____
If so, please provide details: _____

 3. Дали ваше дете мора узимати лекове док је у школи? _____
Does your child require medication during school hours?

 4. У случају повреде детета особа за контакт је:
In case of emergency the contact person is:

Име/Name: _____
Породнични однос /Relation? _____
Број телефона /Phone _____ (кући/home)
_____ (на послу/at work)
-

Одобрење/ Permission

Ја, доле потписани родитељ, изражавам жељу да упишем своје дете у Српску школу у Флемингтону.

I, the parent, wish to enrol my child at the Serbian School Flemington.

Потпис/Signature: _____

Ја разумем да ће, ако би се било каква повреда десила моме детету, школа предузети све што може да обезбеди правилан медицински поступак (да позове доктора, амбуланту, или одведе дете у болницу, ако се потреба укаже) – док сам ја одсутан.

I understand that should my child be injured, the school will do everything in its power to get proper medical attention (call a doctor or ambulance or take the child to the hospital if the need arises) for my child while I am absent.

Потпис/Parent signature

Датум/Date

Потпис/Witness Signature

Датум/Date