

POLSKA SZKOŁA SOBOTNIA W WORKSOP
FORMULARZ REJESTRACYJNY - REGISTRATION FORM

Prosimy WYPEŁNIĆ WSZYSTKIE POLA i zwrócić podpisany formularz wraz z opłatą do nauczyciela Waszego dziecka. Dziękujemy
This registration form is a part of the school's legal requirement for continued safe operations. Please fill and return the signed form to your child's teacher. Thank You.

Uczeń/Student

Nazwisko/ <i>Last name</i>	Imię/ <i>First Name</i>	Data urodzin/ <i>date of birth</i>	Miejsce urodzenia/ <i>Birth place</i>
----------------------------	-------------------------	------------------------------------	---------------------------------------

Adres zamieszkania ucznia *Adress of student*

nr domu, ulica <i>House no. and Road</i>
Miasto <i>Town</i>Kod pocztowy <i>Postcode</i>

Imiona i nazwiska Rodziców/*Opiekunów Names and surnames of Parents/Guardians*

telefon domowy rodziców <i>Parents Home Phone No</i>	komórka rodziców <i>Parents mobile</i>	<i>email</i>

Kontakt zastępczy *Alternative contact*

Dane innej osoby, z którą można się skontaktować. <i>Details of an alternative person who can be contacted</i>
Imię i nazwisko <i>Name and Surname</i>
Telefon <i>Telephon</i>

Informacje medyczne *Medical information*

Dodatkowe informacje, które szkoła powinna znać (uczulenia itp.) <i>Other information of which the school should be aware (eg. allergies etc)</i>	Lekarz <i>Doctor</i>
	Ośrodek Zdrowia <i>Health Centre</i>
	Telefon <i>Telephone</i>

Szkoła angielska *English school*

Nazwa szkoły <i>Name of school</i>	Adres szkoły <i>Adress of school</i>
Dyrektor <i>Head Teacher</i>	Telefon <i>Telephon</i>

Wyrażam zgodę na (proszę zaznaczyć) *I do consent to (please tick)*

użycie praw autorskich <i>Copyright Permission</i>	<input type="checkbox"/>	fotografowanie <i>Photograph</i>	<input type="checkbox"/>
dostęp do Internetu <i>Internet Access</i>	<input type="checkbox"/>	wyjazdy szkolne <i>School trips</i>	<input type="checkbox"/>
wymiana danych osobowych z City Council <i>Data Exchange with City Council</i>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Podpisując Rodzice/*Opiekunowie* zgadzają się na udzielenie w nagłej potrzebie swojemu dziecku pomocy lekarskiej włącznie z lekami oraz potwierdzają prawdziwość informacji podanych w formularzu.

By signing Parents/Guardians agree that In the event of an emergency, their child may receive treatment including medication from qualified medical staff and confirm that the information details given are correct.

Podpis *Signature*

.....Date:.....