



POLSKA MACIERZ SZKOLNA ZAGRANICĄ

SZKOŁA SOBOTNIA - LEEDS

POLISH EDUCATIONAL SOCIETY

SATURDAY SCHOOL - LEEDS

Nr. _____

Polish Catholic Centre

Newton Hill Road

Leeds

LS7 4JE

Formularz Rejestracyjny

Proszę wypełnić wszystkie rubryczki w tej części formularza

Nazwisko dziecka..... Imię

Chłopiec / Dziewczynka Data Urodzenia

Adres domowy

..... Kod Pocztowy

Telefon Domowy..... Komórka.....

Email.....

Rodzice / Opiekunowie 1.

2.

Dodatkowy kontakt w nagłych przypadkach.....

Nazwa Angielskiej Szkoły

Hrabstwo, w której szkoła angielska się znajduje

Rok rozpoczęcia nauki w angielskiej szkole

Imię Lekarza.....

Adres.....

.....

Kod Pocztowy Telefon

Wyrażam zgodę na udzielenie mojemu dziecku pierwszej pomocy w nagłym przypadkutak/nie

Czy dziecko ma jakiegokolwiek alergię czy nawracającą się chorobę? .tak/nie

Jeśli tak, proszę podać, jaką

.....

Czy dziecko przyjmuje regularnie jakieś leki?tak/nie

Jeśli tak, proszę podać, jakie

.....

Czy dziecko ma jakiegokolwiek wymagania dietetyczne?tak/nie

Jeśli tak, proszę podać, jakie

.....

Czy dziecko ma rodzeństwo, które uczęszcza do naszej szkoły?.....tak/nie

Jeśli tak, proszę podać imiona.....

Wyrażam zgodę, aby moje dziecko mogło pójść na spacer podczas zajęć szkolnych, pod opieką nauczycieli.....tak/nie

Wyrażam zgodę na grupowe / klasowe fotografie.....tak/nie

Nauczyciel dziecka pozwoli wyłącznie rodzicom dziecka na odebranie go ze szkoły. W sytuacji, kiedy ktokolwiek inny będzie musiał odebrać dziecko ze szkoły, nauczyciel musi być wcześniej o tym poinformowany.

Tylko dla dzieci powyżej 12 lat: Wyrażam zgodę ażeby moje dziecko wracało do domu samo.....tak/nie

Inne informacje o dziecku, o których powinien wiedzieć nauczyciel.

.....

.....

Podpis rodzicówData.....