

British International School Gdańsk

Pre-School Registration Form



NAME OF THE CHILD/IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA.....
DATE OF BIRTH/ DATA URODZENIA..... AGE/WIEK (ON SEPT. 1ST/NA 1-GO WRZEŚNIA)
MALE/FEMALE/PŁEĆ.....
PLACE OF BIRTH/ MIEJSCE URODZENIA
NATIONALITY/ NARODOWOŚĆ
PESEL.....
ADDRESS/ADRES.....
ADRES ZAMELDOWANIA (FILLED OUT ONLY BY POLISH CITIZENS)

NAME OF FATHER/IMIĘ OJCA.....
IDENTIFICATION DOCUMENT NUMBER OF FATHER/ NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI OJCA
TYPE OF IDENTIFICATION DOCUMENT / TYP DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI
PESEL
EMPLOYER/ZATRUDNIENIE.....
MOBILE/KOM.....
E- MAIL ADDRESS/ ADRES MAILOWY.....

NAME OF MOTHER/IMIĘ MATKI.....
IDENTIFICATION DOCUMENT NUMBER OF MOTHER/ NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI MATKI
TYPE OF IDENTIFICATION DOCUMENT / TYP DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI
PESEL
EMPLOYER/ZATRUDNIENIE.....
MOBILE/KOM.....
E- MAIL ADDRESS/ ADRES MAILOWY.....

Please give the name and telephone numbers of one person who can be contacted in case of emergencies, if the parents cannot be reached. / Proszę o podanie nazwiska i numeru telefonu do osoby, z którą należy się skontaktować w nagłym wypadku, w sytuacji gdy rodzice są nieosiągalni:

1. Name/Nazwisko..... Tel.
2. Name/Nazwisko..... Tel.

Information about your child which may be helpful:
Pomocne informacje dotyczące dziecka:

LANGUAGE(S) SPOKEN AT HOME / JĘZYK(I) UŻYWANE W DOMU.....
CAN HE/SHE UNDERSTAND ENGLISH? / CZY DZIECKO ROZUMIE JĘZYK ANGIELSKI Yes /Tak () No/Nie ()
IS YOUR CHILD TOILET TRAINED? / CZY DZIECKO POTRAFI KORZYSTAĆ Z TOALETY? Yes/Tak () No/Nie ()
SPECIAL WORDS FOR TOILET? / SPECJALNE NAZEWNICTWO TOALETY?.....



Information on your child's health / Informacje o stanie zdrowia dziecka

1. Does your child suffer from any of the following:

Czy dziecko choruje na którekolwiek z poniższych:

If so, please give details with dates. / Jeśli tak, proszę o podanie szczegółów wraz z datami.

ASTHMA	<input type="checkbox"/>
ASTMA		
HAY FEVER	<input type="checkbox"/>
KATAR SIENNY		
CHRONIC CHEST COLD	<input type="checkbox"/>
PRZEWLEKŁE ZAPALENIE PŁUC		
EPILEPSY	<input type="checkbox"/>
EPILEPSJA		
OTHERS	<input type="checkbox"/>
INNE		

2. Please state any allergies that your child has e.g. specific foods, medication, insect stings
Proszę zaznaczyć alergie np. jedzenie, lekarstwo, ugryzienia insektów

FOOD ALLERGIES	OTHER ALLERGIES
ALERGIE ŻYWNOŚCIOWE	INNE ALERGIE
GLUTEN/GLUTEN <input type="checkbox"/>
MILK/MLEKO <input type="checkbox"/>
EGG/JAJA <input type="checkbox"/>
BANANA/BANAN <input type="checkbox"/>
NUTS/ORZECZY <input type="checkbox"/>
OTHERS/INNE <input type="checkbox"/>

3. Any special food requirements (eg. Vegetarian)/ Specjalne wymogi żywieniowe (np. wegetarianizm):

.....
.....



Pre-School Registration Form

4. Has your child contacted any of the following? If so, state when.
Czy dziecko przebyło poniższe choroby? Jeśli tak, proszę określić kiedy.

CHICKEN POX	MEASLES
OSPA WIETRZNA	ODRA
GERMAN MEASLES (RUBELLA)	MUMPS
RÓŻYCZKA	ŚWINKA

5. Please provide details of any known medical problems such as e.g.: eyesight, hearing.
Proszę przedstawić szczegóły dotyczące problemów zdrowotnych takich jak np. wada wzroku, wada słuchu.

.....
.....

6. Does your child have medical cover? Please fill in the following information.
Proszę wypełnić poniższe informacje dotyczące opieki zdrowotnej dziecka.

Name of private clinic Nazwa przychodni	Emergency telephone no: Alarmowy numer telefonu	Other information Inne informacje
.....

7. Does your child normally sleep during the day?/Czy Państwa dziecko śpi zazwyczaj w ciągu dnia?

.....

Does your child usually fall asleep easily during the day?/Czy dziecko zasypia z łatwością?

.....

Are there any specific habits of the child that teacher should be informed about (e.g. sleeping with a toy)?/
Czy dziecko ma jakieś specjalne przyzwyczajenia, które pomagają mu zasnąć (np. spanie z zabawką)?

.....

.....

British International School Gdańsk

Pre-School Registration Form



Please, declare/Deklaracja:

your choice of a Modern Foreign Language (Extra English, Mandarin, Spanish)/wyboru języka obcego (dodatkowy j. angielski, mandaryński, hiszpański) :

if you wish your child to attend religion lessons/ czy wyrażają Państwo chęć, by dziecko uczestniczyło w lekcjach religii (YES, NO/TAK, NIE) :

NAME OF PUPIL /IMIĘ WYCHOWANKA

.....

SIGNATURE OF BOTH PARENTS (if possible) / PODPIS OBYDWOJGA RODZICÓW (jeśli to możliwe)

MOTHER/ MATKA

DATE/DATA.....

FATHER / OJCIEC.....

DATE/DATA.....