

Niniejszy formularz rejestracyjny stanowi część wymagań prawnych niezbędnych dla bezpiecznego funkcjonowania szkoły. Wypełniony formularz prosimy zwrócić do administracji szkolnej. Serdecznie dziękujemy.

This registration form is part of the school's legal requirement for continued safe operation. Please return the filled in form to the school administration. Thank you.

Uczeń / Student

<i>Imię i Nazwisko</i> <i>Name and Surname</i>	
<i>Data i miejsce urodzenia</i> <i>Date and place of birth</i>	

Dane Kontaktowe / Contact Details

	<i>Pierwszy kontakt / First contact</i>	<i>Drugi kontakt / Second contact</i>
<i>Adres</i> <i>Address</i>		

Korespondencja będzie wysyłana na pierwszy adres kontaktowy / Correspondence will be sent to first contact address

	<i>Matka lub opiekunka / Mother or legal guardian</i>	<i>Ojciec lub opiekun / Father or legal guardian</i>
<i>Imię rodziców lub opiekunów</i> <i>Names of parents or guardians</i>		
<i>Telefon / Telephone</i>		
<i>Komórka / Mobile</i>		
<i>E-mail / E-mail</i>		
<i>Język / Language</i>	<input type="checkbox"/> polski <input type="checkbox"/> English	<input type="checkbox"/> polski <input type="checkbox"/> English

Członkowie rodziny w szkole
Family members attending school

--

Szkoła Angielska / English School

Nazwa szkoły <i>Name of school</i>	
Adres <i>Address</i>	
Kierownik <i>Headteacher</i>	

Informacje Medyczne / Medical Information

Lekarz <i>General practitioner</i>	
Adres i telefon <i>Address and telephone</i>	

Prosimy zgłosić jakiegokolwiek dolegliwości lub potrzeby dziecka, o których powinniśmy wiedzieć aby zapewnić bezpieczny pobyt dziecka w szkole (np. astma, epilepsja, lekarstwa, ograniczona dieta lub alergie, wzrok, słuch)

Please indicate any conditions that your child suffers from to ensure your child's wellbeing while at school (e.g. asthma, epilepsy, medications, restricted diet or allergies, impaired sight or hearing).

Uwagi <i>Notes</i>	
-----------------------	--

Wyraz Zgody / Consent

PSM nie sprzedaje danych osobistych nikomu.

Wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji szkolnej drogą e-mailową <i>I consent to receiving school correspondence by e-mail</i>	<input type="checkbox"/> tak / yes	<input type="checkbox"/> nie / no
Wyrażam zgodę na fotografowanie dziecka podczas imprez szkolnych <i>I consent to having my child photographed during school events</i>	<input type="checkbox"/> tak / yes	<input type="checkbox"/> nie / no
Wyrażam zgodę na publikowanie fotografii moich dzieci na szkolnej stronie internetowej <i>I consent to have my child's image published on the school's internet page</i>	<input type="checkbox"/> tak / yes	<input type="checkbox"/> nie / no
Wyrażam zgodę na udzielenie swojemu dziecku pomocy lekarskiej w nagłej potrzebie <i>I consent to have emergency treatment administered to my child by qualified medical staff</i>	<input type="checkbox"/> tak / yes	<input type="checkbox"/> nie / no
Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w lekcjach religii <i>I consent to my child to attend RE lessons</i>	<input type="checkbox"/> tak / yes	<input type="checkbox"/> nie / no

Wyrażam zgodę i zobowiązuję się do odbycia dwóch dyżurów w ciągu roku szkolnego na rzecz Polskiej Szkoły w Manchester.

Przyjmuję do wiadomości, że rezygnacja z uczestnictwa mojego dziecka w szkole musi zostać złożona na piśmie lub mailem do końca trymestru poprzedzającego trymestr, od którego rezygnacja zacznie obowiązywać. W razie braku takiej informacji zobowiązuję się do zapłaty czesnego za każdy niezgłoszony trymestr do końca danego roku szkolnego.

Podpis / Signature

Podpis <i>Signature</i>	
Data <i>Date</i>	