



BRITISH INTERNATIONAL SCHOOL SP. Z O.O.

## SCHOOL REGISTRATION FORM

### CHILD INFORMATION / INFORMACJE O DZIECKU

First name / Imię dziecka: \_\_\_\_\_  
Last name / Nazwisko dziecka: \_\_\_\_\_  
Date of birth / Data urodzenia: \_\_\_\_\_ Age on Sept. 1<sup>st</sup> / Wiek na 1 września \_\_\_\_\_  
Gender / Płeć: \_\_\_\_\_  
Place of birth / Miejsce urodzenia: \_\_\_\_\_  
Nationality / Narodowość: \_\_\_\_\_  
Identity document no. / Nr dokumentu tożsamości: \_\_\_\_\_  
Identity document type / Rodzaj dokumentu tożsamości: \_\_\_\_\_  
PESEL: \_\_\_\_\_  
Address / Adres zamieszkania: \_\_\_\_\_  
Adres zameldowania (Polish citizens only): \_\_\_\_\_

### FATHER INFORMATION / INFORMACJE O OJCU DZIECKA

Father's first name / Imię ojca: \_\_\_\_\_  
Father's last name / Nazwisko ojca: \_\_\_\_\_  
Identity document no. / Nr dokumentu tożsamości: \_\_\_\_\_  
Identity document type / Rodzaj dokumentu tożsamości: \_\_\_\_\_  
PESEL: \_\_\_\_\_  
Employer / Zatrudnienie: \_\_\_\_\_  
Mobile phone no. / Nr telefonu komórkowego: \_\_\_\_\_  
E-mail address / Adres e-mail: \_\_\_\_\_

### MOTHER INFORMATION / INFORMACJE O MATCE DZIECKA

Mother's first name / Imię matki: \_\_\_\_\_  
Mother's last name / Nazwisko matki: \_\_\_\_\_  
Identity document no. / Nr dokumentu tożsamości: \_\_\_\_\_  
Identity document type / Rodzaj dokumentu tożsamości: \_\_\_\_\_  
PESEL: \_\_\_\_\_  
Employer / Zatrudnienie: \_\_\_\_\_  
Mobile phone no. / Nr telefonu komórkowego: \_\_\_\_\_  
E-mail address / Adres e-mail: \_\_\_\_\_

Please provide the name/s and telephone number/s of a person/s who can be contacted in case of an emergency, if the parents cannot be reached. / Proszę podać nazwisko/a oraz numer/y telefonu osoby/osób, z którą/yymi należy się kontaktować w nagłych wypadkach, jeśli rodzice będą nieosiągalni.

1. Name / Nazwisko \_\_\_\_\_ Phone no. / Nr telefonu \_\_\_\_\_
2. Name / Nazwisko \_\_\_\_\_ Phone no. / Nr telefonu \_\_\_\_\_

HELPFUL INFORMATION / POMOCNE INFORMACJE

1. First Language / Język podstawowy: \_\_\_\_\_

2. Please estimate knowledge of English / Proszę określić poziom znajomości języka angielskiego

- 1= no knowledge / nie zna
- 2= beginner / początkujący
- 3= intermediate / średni
- 4= fluent / biegły
- 5= native speaker / ojczysty

speaking and listening / mówienie i słuchanie	
reading / czytanie	
writing / pisanie	

3. Name and address of previous school / Nazwa i adres poprzedniej szkoły:

.....  
 .....

4. Special educational requirements (e.g. dyslexia, gifted in music, etc.) / Specjalne potrzeby edukacyjne (np. dysleksja, talent muzyczny itp.):

.....

Does your child have an official pedagogical opinion? If yes, please provide a copy. / Czy dziecko ma oficjalną opinię poradni pedagogicznej? Jeśli tak, proszę dołączyć kopię.

YES/TAK      NO/NIE

5. Is your child able to participate in all of the school's sporting activities? If not, please provide details. / Czy dziecko może uczestniczyć we wszystkich zajęciach wychowania fizycznego? Jeśli nie, proszę podać szczegóły.

YES/TAK      NO/NIE      .....

CHILD'S HEALTH INFORMATION / INFORMACJE O ZDROWIU DZIECKA

1. Does your child suffer from any of the following? / Czy dziecko choruje na którekolwiek z poniższych? If so, please provide the details and dates. / Jeśli tak, proszę podać szczegóły wraz z datami.

- ASTHMA \_\_\_\_\_
- ASTMA \_\_\_\_\_
- HAY FEVER \_\_\_\_\_
- KATAR SIENNY \_\_\_\_\_
- CHRONIC CHEST COLD \_\_\_\_\_
- PRZEWLEKŁE ZAPALENIE PŁUC \_\_\_\_\_
- EPILEPSY \_\_\_\_\_
- EPILEPSJA \_\_\_\_\_
- OTHERS \_\_\_\_\_
- INNE \_\_\_\_\_

2. Please state any allergies that your child has, e.g. specific foods, medication, insect stings. / Proszę podać, jakie dziecko ma alergię, np. na produkty spożywcze, leki, ugryzienia owadów.

FOOD ALLERGIES /  
ALERGIE ŻYWIENIOWE

OTHER ALLERGIES /  
INNE ALERGIE

GLUTEN / GLUTEN \_\_\_\_\_

LACTOSE / LAKTOZA \_\_\_\_\_

EGGS / JAJA \_\_\_\_\_

BANANA / BANAN \_\_\_\_\_

NUTS / ORZECHY \_\_\_\_\_

OTHER / INNE \_\_\_\_\_

3. Special nutritional requirements (e.g. vegetarian) / Specjalne wymagania żywieniowe (np. wegeterianizm):

.....  
.....

4. Please provide details of any known medical problems, such as hearing, eyesight problems. / Proszę podać szczegóły dotyczące problemów zdrowotnych, takich jak np. wada słuchu, wada wzroku.

.....  
.....

5. Does your child have health insurance? Please provide the following information: / Proszę wypełnić poniższe informacje dotyczące opieki zdrowotnej dziecka.

- Name of private clinic / Nazwa przychodni: \_\_\_\_\_
- Emergency telephone no. / Alarmowy nr telefonu: \_\_\_\_\_
- Other information / Inne informacje: \_\_\_\_\_

#### SIGNATURES / PODPISY

Signatures of both parents (if possible) / Podpisy obojga rodziców (jeśli to możliwe):

Father / Ojciec: \_\_\_\_\_ Date / Data: \_\_\_\_\_

Mother / Matka: \_\_\_\_\_ Date / Data: \_\_\_\_\_

Expected start date / Spodziewana data rozpoczęcia nauki: \_\_\_\_\_ in class / w klasie: \_\_\_\_\_

