



BRITISH INTERNATIONAL SCHOOL SP. Z O.O.

**TRIAL DAY REGISTRATION FORM - SCHOOL /
SZKOLNY FORMULARZ REJESTRACYJNY NA DZIEŃ PRÓBNY**

SCHOOL YEAR / ROK SZKOLNY 2024-2025

CHILD INFORMATION / INFORMACJE O DZIECKU

First name / Imię dziecka: _____

Last name / Nazwisko dziecka: _____

Date of birth / Data urodzenia: _____

Actual grade attended / Aktualnie uczęszczana klasa: _____

Sex / Płeć: girl/dziewczynka boy/chłopiec

Nationality / Narodowość: _____

Identity document no. / Nr dokumentu tożsamości: _____

PESEL: _____

Home address / Adres zamieszkania: _____

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: ID card/Dowód osobisty passport / paszport

PESEL: _____

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: ID card/Dowód osobisty passport/paszport

PESEL: _____

Mobile phone no. / Nr telefonu komórkowego: _____

E-mail address / Adres e-mail: _____

British International School Gdańsk
School division

ul. Tysiąclecia 29, 80-351 Gdańsk, Poland

Tel.: 58 342 26 00; E-mail: office@bisg.edu.pl; Web: bisg.edu.pl

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, year completed / Nazwa i adres poprzedniej szkoły, ostatnia skończona klasa:

CHILD'S HEALTH INFORMATION / INFORMACJE O ZDROWIU DZIECKA

1. Has your child been diagnosed or is undergoing diagnosis with any of the following special educational needs? Please provide documentation if available / Czy dziecko zostało zdiagnozowane lub jest w trakcie diagnozowania następujących specjalnych potrzeb edukacyjnych? Prosimy o przedstawienie dokumentacji:

- autism spectrum / zaburzenia ze spektrum autyzmu ADHD
- oppositional defiant disorder / zaburzenie opozycyjno-buntownicze
- dyslexia / dysleksja mutism / mutyzm dyscalculia / dyskalkulia
- any other psychological or neurological conditions that are not listed / inne psychologiczne lub neurologiczne zaburzenia:

.....

.....

.....

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

SIGNATURES / PODPISY

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

Father / Ojciec: _____ Date / Data: _____

Mother / Matka: _____ Date / Data: _____

