



BRITISH INTERNATIONAL SCHOOL SP. Z O.O.

**TRIAL DAY PRE-SCHOOL FORM /  
PRZEDSZKOLNY 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: \_\_\_\_\_

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:  passport / paszport  ID / dowód osobisty

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:  passport / paszport  ID / Dowód osobisty

PESEL: \_\_\_\_\_

Mobile phone no. / Nr telefonu komórkowego: \_\_\_\_\_

E-mail address / Adres e-mail: \_\_\_\_\_

HELPFUL INFORMATION / POMOCNE INFORMACJE

Language/s spoken at home / Język/i używany/e w domu: \_\_\_\_\_

Can your child understand English? / Czy dziecko rozumie jęz. 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: \_\_\_\_\_

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:

.....  
.....

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

YES/TAK  NO/NIE

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

YES/TAK  NO/NIE

Are there any specific habits of the child that the teacher should be informed of (e.g. sleeping with a toy)? / Czy dziecko ma jakieś przyzwyczajenia w zasypianiu, o których powinien wiedzieć nauczyciel (np. spanie z zabawką)?

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: \_\_\_\_\_

