



BRITISH INTERNATIONAL SCHOOL SP. Z O.O.

TRIAL DAY PRE-SCHOOL FORM / PRZEDSZKOLNY FORMULARZ REJESTRACYJNY NA DZIEŃ PRÓBNY

SCHOOL YEAR / ROK SZKOLNY 2026/2027

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: _____

British International School Gdańsk

Pre-school division

ul. Jagiellońska 46, 80-366 Gdańsk, Poland

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

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: _____

