**Formularz Rejestracyjny**

**Registration Form**

**John Paul II Polish Saturday School Telford**

**John Paul II Polish Saturday School Telford**

www.psstelford.pl

psstelford@gmail.com

Tel: 07955209897, 07460440263

Niniejszy formularz rejestracyjny stanowi część wymagań prawnych niezbędnych dla bezpiecznego funkcjonowania szkoły. Formularz prosimy wypełnić drukowanym literami. 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 complete in BLOCK CAPITALS and return to the school administration department. Thank you.

**Uczeń / Student**

|  |
| --- |
| Imię i Nazwisko / Name and Surname |
| Data i miejsce urodzenia / Date and Place of Birth |

**Dane Kontaktowe / Contact Details**

|  |  |
| --- | --- |
| Pierwszy kontakt / First Contact | Drugi kontakt / Second Contact |
|  |  |

Korespondencja będzie wysyłana na pierwszy adres kontaktowy.

Correspondence will be sent to first contact.

**Dane Rodziców (opiekunów) / Parents (Carers) Details**

|  |  |
| --- | --- |
| **Matka (Opiekun) / Mother (Carer)**Imię i nazwisko / Name | **Ojciec (Opiekun) / Father (Carer)**Imię i nazwisko / Name |
| Telefon i/lub tel. kom. / Telephone and/or mobile | Telefon i/lub tel. kom. / Telephone and/or mobile |
| Adres e-mail / E-mail | Adres e-mail / E-mail |
| Język / Languagepolski / Polish angielski / English | Język / Languagepolski / Polish angielski / English |

**Rodzeństwo uczęszczające do szkoły / Siblings attending school**

|  |
| --- |
|  |

**Szkoła Główna / Mainstream School**

|  |
| --- |
| Nazwa / Name  |
| Adres i telefon/ Address and telephone |
| Dyrektor / Headteacher |

**Informacje Medyczne / Medical Information**

|  |
| --- |
| Lekarz Rodzinny / General Practitioner |
| Adres i telefon / Address and telephone |

Prosimy zgłosić jakiekolwiek 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).

To ensure your child’s wellbeing while at school please indicate any medical conditions that your child may have: e.g. asthma, epilepsy, medication, restricted diet, allergies, impaired sight or hearing.

|  |
| --- |
|  |

**Wyraz Zgody / Consent Tak Nie**

 **Yes No**

Wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji szkolnej drogą e-mailową.

I consent to receive school correspondence by e-mail.

Wyrażam zgodę na fotografowanie siebie i mojego dziecka podczas imprez szkolnych.

I consent to my child and I being photographed during school events.

Wyrażam zgodę na publikację fotografii moich i mojego dziecka na szkolnej stronie internetowej

I consent to my image and my child’s image being published on the school’s internet page.

Wyrażam zgodę na udzielenie swojemu dziecku pomocy lekarskiej w nagłej potrzebie.

I consent to my child receiving emergency treatment administered by qualified medical staff.

Wyrażam zgodę na uczestniczenie mojego dziecka w lekcjach religii.

I give my consent for my child to participate in Religious Education.

**Podpis / Signature**

|  |  |
| --- | --- |
| Podpis Matki (Opiekuna) / Mother’s (Carer’s Signature) | Podpis Ojca (Opiekuna) / Father’s (Carer’s Signature) |
| Data / Date | Data / Date |