

POLSKA SZKOŁA – im. MIKOŁAJA KOPERNIKA, READING – FORMULARZ REJESTRACYJNY

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA:

DATA URODZENIA: ____ / ____ / ____ MIEJSCE URODZENIA:

PŁEĆ DZIECKA - MĘSKA/ŻEŃSKA

ADRES ANGIELSKIEJ SZKOŁY (OBOWIĄZKOWO):

NAZWISKO I IMIĘ MATKI:

ADRES MATKI:

TELEFON: TELEFON 2

e-mail:

NAZWISKO I IMIĘ OJCA:

ADRES OJCA:

(jesli inny niż matki)

TELEFON: TELEFON 2

e-mail:

NUMER TELEFONU W NAGŁYM WYPADKU INNY NIŻ MATKI LUB OJCA

NAZWISKO I IMIĘ:

ADRES:

TELEFON: TELEFON 2

NAZWISKO/ADRES LEKARZA/PRZYCHODNI:

TELEFON:

INFORMACJE MEDYCZNE:

(Alergie, etc):

WYZNANIE:

PRZYMUJĘ DO WIADOMOŚCI I ZGADZAM SIĘ Z WARUNKAMI PŁATNOŚCI UZGODNIONYMI PRZEZ CZŁONKOW POLSKIEJ MACIERZ SZKOLNEJ W READING I ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO UISZCZENIA CZESNEGO W PODANYM TERMINIE.

UDZIELAM ZGODY NA PRZETWARZANE DANYCH OSOBOWYCH W CELACH STATUTOWYCH SZKOŁY.

PODPIS (RODZICA LUB OPIEKUNA):

DATA: ____ / ____ / ____

POLSKA SZKOŁA – im. MIKOŁAJA KOPERNIKA, READING – REGISTRATION FORM

FULL CHILD'S NAME:

DATE OF BIRTH: ____ / ____ / ____ PLACE OF BIRTH:

MALE / FEMALE

ADDRESS OF ENGLISH SCHOOL (COMPULSORY):

.....
.....

FULL MOTHER'S NAME:

MOTHER'S ADDRESS:
.....

PHONE NO: MOBILE NO

e-mail address:

FULL FATHER'S NAME:

FATHER'S ADDRESS:
(if different from above)

PHONE NO: MOBILE NO

e-mail address:

EMERGENCY CONTACT DETAILS OTHER THEN MOTHER OR FATHER

FULL NAME:

ADDRESS:
.....

PHONE NO: MOBILE NO

DOCTOR'S/PRACTICE NAME/ADDRESS:

PHONE NO:

HEALTH DETAILS:
(Allergies, etc):

RELIGION/FAITH:

I HAVE UNDERSTOOD AND ACCEPT THE FEE STRUCTURE AND PAYMENT TERMS AS AGREED BY MEMBERS OF THE POLISH EDUCATIO SOCIETY OF READING AND I AGREE TO PAYMENT OF ALL FEES WITHIN THE PROPOSED TIMESCALES.

I AGREE FOR MY PRESONAL DETAILS TO BE USED IN LINE WITH SCHOOL'S STATUTORY REQUIREMENTS.

SIGNED (PARENT OR GUARDIAN):

DATE: ____ / ____ / ____