



**Adres do korespondencji:**

Polish Abroad, HOLYWELL - DiverseCity Community Partnership, 10-14 Bishop Street,  
Derry~Londonderry BT48 6PW email: [info@polishabroad.co.uk](mailto:info@polishabroad.co.uk)

**Miejsce zajęć szkolnych:**

St. Oliver Plunkett Primary School, Parkmore Drive, Strathfoyle, Derry/Londonderry, BT47 6XA

## Formularz rejestracyjny na rok szkolny 2018/2019

Rejestracja jest elementem wymagań prawnych, które muszą być spełnione w kontekście bezpiecznego funkcjonowania szkoły w ramach istniejących struktur. Jeżeli dane ulegną zmianie prosimy o niezwłoczną aktualizację. Dziękujemy za współpracę!

**UWAGA!** Podpisanie formularza wiąże się z przyjęciem warunków umowy o świadczenie usług edukacyjnych/kulturalnych w szkole sobotniej Polish Abroad Saturday School, statutu Szkoły oraz obowiązujących w Szkole regulaminów oraz polis. (Wszystkie dokumenty są dostępne na [www.polishabroad.co.uk](http://www.polishabroad.co.uk)).

### Uczeń

Imię i Nazwisko		
Data i miejsce urodzenia		
Ostatnia szkoła w Polsce (nazwa, adres, ukończona klasa)		
Szkoła w Irlandii Północnej / Irlandii	Nazwa:	
	Adres:	
	Klasa (od września 2015):	

### Dane kontaktowe rodziców/ opiekunów

	Pierwszy kontakt (zawsze używany do formalnej korespondencji)	Drugi kontakt (używany gdy pierwszy kontakt zawodzi)
Imię i Nazwisko		
Stopień pokrewieństwa		
Adres		
Telefon		
E-mail		
Język korespondencji		

## Informacje medyczne

Prosimy zgłosić jakiegokolwiek dolegliwości lub potrzeby dziecka, o których powinniśmy wiedzieć, aby zapewnić bezpieczny pobyt dziecka w szkole (np. astma, epilepsja, lekarstwa, ograniczona dieta lub alergie, problemy ze wzrokiem, słuchem, dysleksja).

.....  
.....

Imię i Nazwisko lekarza prowadzącego / rodzinnego (GP)	
Nazwa przychodni, adres, (kod pocztowy), tel.	

## Wyrażam zgodę

- Wyrażam zgodę na fotografowanie dziecka podczas imprez szkolnych  tak  nie
- Wyrażam zgodę na publikowanie fotografii moich dzieci  tak  nie
- Wyrażam zgodę na udzielenie dziecku pomocy lekarskiej w nagłej potrzebie  tak  nie
- Wyrażam zgodę na towarzyszenie lub pomoc dziecku podczas korzystania z toalety, jeżeli będzie to konieczne  tak  nie
- Wyrażam zgodę na zmianę ubrania dziecka, jeżeli będzie to konieczne  tak  nie

## Informacje dodatkowe

- Wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji szkolnej drogą e-mailową  tak  nie
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji szkolnej drogą SMS-ową  tak  nie
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji szkolnej pocztą  tak  nie
- Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych zgodnie z przepisami odnośnie Ochrony Danych Osobowych w celach działalności Polish Abroad  tak  nie

## Powrót dziecka do domu

Moje dziecko będzie:

- a) odbierane przez rodziców
- b) odbierane przez.....  
(imię, nazwisko i nr tel)
- c) wracało do domu samodzielnie
- d) dojeżdżało busem szkolnym


## Miejsce na Państwa uwagi

(Inne uwagi o uczniu; W czym Państwo, jako rodzice/opiekunowie możecie pomóc w życiu szkoły itd.)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Podpis		Data	
--------	--	------	--