



BRITISH INTERNATIONAL SCHOOL SP. Z O.O.

**TRIAL DAY REGISTRATION FORM - SCHOOL /  
SZKOLNY 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: \_\_\_\_\_

Actual grade attended / Aktualnie uczęszczana klasa: \_\_\_\_\_

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:  ID card/Dowód osobisty  passport / paszport

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:  ID card/Dowód osobisty  passport/paszport

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

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

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

HELPFUL INFORMATION / POMOCNE INFORMACJE

1. First Language / Język podstawowy: \_\_\_\_\_

2. Please estimate knowledge of English / Proszę określić poziom znajomości języka angielskiego

1= no knowledge / nie zna

2= beginner / początkujący

3= intermediate / średni

4= fluent / biegły

5= native speaker / ojczysty

speaking and listening / mówienie i słuchanie	
reading / czytanie	
writing / pisanie	

3. Name and address of previous school, year completed / Nazwa i adres poprzedniej szkoły, ostatnia skończona klasa:

.....  
.....

CHILD'S HEALTH INFORMATION / INFORMACJE O ZDROWIU DZIECKA

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:

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

Is your child able to participate in all of the school's sporting activities? If not, please provide details. / Czy dziecko może uczestniczyć we wszystkich zajęciach wychowania fizycznego? Jeśli nie, proszę podać szczegóły.

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: \_\_\_\_\_

