



**Polska Szkoła  
im. Gen. Wł. Sikorskiego  
Polish School Gen. Wł. Sikorski**

**Karta Zapisu  
Registration form**

Nazwisko dziecka (Child's last name) : \_\_\_\_\_

Imię dziecka (Child's first name) : \_\_\_\_\_

Data urodzenia i miejsce (Date of birth, and place) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numer karty medycznej (Medicare #): \_\_\_\_\_

Adres (Address) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Imię i nazwisko rodziców (Proszę drukowanymi literami)  
(Parent's Name – Please Print)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numer Telefonu (Tel. number) : \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Nazwisko i numer telefonu w razie nagłej potrzeby (inna osoba  
zaprzyjaźniona) (Name & telephone number of emergency contact other than parents)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Informacje medyczne: Czy dziecko jest uczulone, ma astmę, itp...  
proszę wymienić poniżej (Medical information: Does the child have allergies,  
asthma, etc please indicate below):

---

---

TAK  Wyrażam zgodę na fotografowanie oraz nagrywanie mojego/moich  
dziecka/dzieci podczas zajęć / wycieczkach szkolnych.

NIE  Wyrażam zgody na fotografowanie oraz nagrywanie mojego/moich  
dziecka/dzieci podczas zajęć w szkole / wycieczkach szkolnych.

-----

YES,  I give permission to the school to take pictures/videos of my child

NO,  I do **NOT** give permission to the school to take pictures/videos of my child

Dodatkowe informacje: (Additional information)

---

---

Podpis rodziców i data (Parent's Signature and date)

---

---

---