

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA: -
DATA URODZENIA: - / / MIEJSCE URODZENIA: -.....
PŁEĆ - MĘSKA/ŻEŃSKA ADRES ANGIELSKIEJ SZKOŁY (OBOWIĄZKOWO): -
.....

NAZWISKO I IMIĘ MATKI: -
ADRES MATKI: -
DOMOWY TELEFON: KOMÓRKOWY TEL: -.....
E-MAIL: -

NAZWISKO I IMIĘ OJCA:
ADRES OJCA: -
(jesli inny niż matki)
DOMOWY TELEFON: - KOMÓRKOWY TEL: -.....
E-MAIL: -

NUMER TELEFONU W NAGŁYM WYPADKU INNY NIŻ MATKI LUB OJCA

NAZWISKO : -
ADRES: -
TELEFON: - KOMÓRKOWY TEL: -

NAZWISKO I ADRES LEKARZA DOMOWEGO: -
TELEFON: -
INFORMACJE MEDYCZNE: -
(Alergie itp.)

WYZNANIE: -

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

PODPIS (RODZICA LUB OPIEKUNA): -
DATA -

FULL NAME OF CHILD: -
DATE OF BIRTH: - / / PLACE OF BIRTH: -.....
MALE / FEMALE ADDRESS OF ENGLISH SCHOOL (COMPULSORY): -
.....

MOTHER'S FULL NAME: -
MOTHER'S ADDRESS: -
HOME PHONE No - :MOBILE No. : -.....
E-MAIL ADDRESS: -

FATHER'S FULL NAME: -
FATHER'S ADDRESS: -
(if different from above)
HOME PHONE No: -MOBILE No. : -.....
E-MAIL ADDRESS: -

EMERGENCY CONTACT DETAILS OTHER THAN MOTHER OR FATHER:

NAME: -
ADDRESS: -
TELEPHONE: -
MOBILE No. : -

DOCTOR'S NAME: -
TELEPHONE 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.

SIGNED (PARENT OR GUARDIAN): -
DATE: -