**DANE DZIECKA**

Nazwisko: ......................................................................... Imiona: .................................................................................

Data i miejsce urodzenia: ................................................................................................................................................

Szkoła w Irlandii Północnej: .............................................................................................................................................

Nazwa przychodni dziecka (GP), nazwisko lekarza, telefon do przychodni (GP): ............................................................. ..........................................................................................................................................................................................

**Dodatkowe informacje o dziecku:** Potrzeby dziecka: alergie, stale przyjmowane leki, itp., potrzeby związane z nauką (np. dysleksja), poziom znajomości j. polskiego i inne.: ................................................................................................... ............................................................................................................................................................................................

**DANE RODZICÓW / OPIEKUNÓW**

|  |  |
| --- | --- |
| Matka / opiekunka\*Imię: ..........................................................................Nazwisko: ..................................................................Adres: ..............................................................................................................................................................................................................................................Miasto: ......................................................................County: ......................................................................Kod: ...........................................................................Telefon: .....................................................................E-mail: ....................................................................... | Ojciec / opiekun\*Imię: ..........................................................................Nazwisko: ..................................................................Adres: ..............................................................................................................................................................................................................................................Miasto: ......................................................................County: ......................................................................Kod: ...........................................................................Telefon: .....................................................................E-mail: ....................................................................... |

**Pomoc szkole**

Czy i w jaki sposób mogliby Państwo zaangażować się współtworzenie szkoły Waszego dziecka? (np. pomoc w organizowaniu imprez, księgowość, informatyka, plastyka, opowiadanie dzieciom o hobby / zawodzie itp.): .......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Dodatkowa osoba upoważniona do kontaktu (imię, nazwisko i telefon): ....................................................................... ..........................................................................................................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| Data:........................................................................................... | Podpisy:...................................................................................................................................................................................... |

Statut, regulaminy, tabela opłat dostępne są na stronie www.pssbelfast.com.

**Imię i nazwisko dziecka:**

|  |  |
| --- | --- |
| **ODBIÓR DZIECKA ZE SZKOŁY** | **TAK / NIE\*** |

**Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody**\* na odbór dziecka ze szkoły przez osoby upoważnione.

Osoby upoważnione:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko:  | Telefon:  |
| Imię i nazwisko:  | Telefon:  |

|  |  |
| --- | --- |
| **TOALETA** | **TAK / NIE\*** |

**Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody**\* na towarzyszenie lub pomoc mojemu dziecku podczas korzystania z toalety, przez nauczyciela prowadzącego lub pomocniczego, w sytuacji, gdyby moje dziecko o taką pomoc poprosiło lub gdyby ona była niezbędna.

|  |  |
| --- | --- |
| **ZMIANA UBRANIA** | **TAK / NIE\*** |

**Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody**\* na zmianę ubrania mojemu dziecku przez nauczyciela prowadzącego lub pomocniczego, w sytuacji kiedy będzie to konieczne.

|  |  |
| --- | --- |
| **PIERWSZA POMOC** | **TAK / NIE\*** |

**Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody**\* na udzielenie mojemu dziecku pierwszej pomocy w sytuacji zagrożenia jego zdrowia lub życia.

|  |  |
| --- | --- |
| **FOTOGRAFOWANIE** | **TAK / NIE\*** |

**Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody**\* na fotografowanie oraz nagrywanie na video mojego dziecka podczas zajęć w szkole oraz wyjść i imprez organizowanych przez PSS poza szkołą i wykorzystanie tych materiałów na użytek: szkolnej strony internetowej, gazetki szkolnej, w materiałach reklamowych oraz w polskiej prasie polonijnej (np. Nasz Express) wyłącznie w celu promocji działalności szkoły.

|  |  |
| --- | --- |
| Data: | Podpisy: |