



## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO INTERNATIONAL MONTESSORI SCHOOL OF WARSAW

Data

**Imiona i Nazwisko Ucznia**

**Data Urodzenia :**

**PESEL**

**Adres zamieszkania :**

Ulica

nr domu

nr lokalu

Miejscowość

kod pocztowy

-

**Adres zameldowania :**

Ulica

nr domu

nr lokalu

Miejscowość

kod pocztowy

-

**Szkoła rejonowa(adres)**

**Imię i Nazwisko Ojca**

Zawód

Pracuje w

Telefon

e-mail

**Imię i Nazwisko Matki**

Zawód

Pracuje w

Telefon

e-mail

## Rodzeństwo

Imiona (wiek)

## Osoba odpowiedzialna za płatności za szkołę

Adres

Pokrewieństwo

## Dodatkowa opieka:

7:30 – 8:30            TAK        NIE

14:30 – 18:00        TAK        NIE

## DOTYCHCZASOWA EDUKACJA:

Nazwa placówki

Od - - - do - - -            Miejscowość

Powód opuszczenia placówki

Czy są Państwo zaznajomieni z Edukacją Montessori? TAK            NIE

Kiedy dowiedzieliście się Państwo o Edukacji Montessori?

Jakie są Państwa oczekiwania względem szkoły?

Jak dowiedzieliście się Państwo o naszej szkole? (Jeśli jest to osoba prywatna bądź instytucja/organizacja, proszę podać imię i nazwisko lub nazwę – nieobowiązkowo)

Jaka jest postawa Państwa Dziecka wobec nauki w szkole?

Jak Państwa Dziecko radzi sobie w kontaktach z :  
Rówieśnikami:

Dorosłymi :

Jaki rodzaj aktywności Państwa Dziecko lubi najbardziej (sporty, hobby,  
inne zainteresowania)

Jakie sytuacje są wyjątkowo trudne dla Państwa Dziecka?

W jakich sytuacja Państwa Dziecko radzi sobie bardzo dobrze?

Na czym według Państwa polegają problemy z dyscypliną w przypadku  
Państwa Dziecka?

Jak Państwo radzą sobie z tymi problemami?

Jak Państwa Dziecko radzi sobie w relacjach interpersonalnych?

Jakie są aspekty rozwoju Państwa Dziecka, co do których chcielibyście aby szkoła je rozwijała?

Prosimy o podanie informacji uważanych za istotne dotyczących wczesnego dzieciństwa Państwa Dziecka (np. adopcja, opóźnienia rozwojowe, operacje, choroby wieku dziecięcego, alergie, traumy, częste zmiany lokum, opiekuna, itp.)

Czy istnieją jakieś specjalne uwagi dotyczące Dziecka, o których nauczyciele powinni wiedzieć jak ograniczenia fizyczne, alergie, nawyki żywieniowe, problemy ze snem, problemy z zachowaniami, zmiany w sytuacji rodzinnej?

Leki przyjmowane przez Dziecko

Jako część naszego programu nauczania nasi Uczniowie uczestniczą w wycieczkach edukacyjnych. Czy zgadzają się państwo na uczestnictwo Państwa Dziecka w tego typu aktywnościach? TAK NIE

Gdzie Państwa Dziecko spędza czas poza szkołą?

Jak często Państwa Dziecko ogląda telewizję?

Jak często ogląda filmy/bajki na video/DVD?

Ile czasu Państwa Dziecka spędza przy komputerze?

Jak często Państwa Dziecko gra w gry konsolowe?

**Dziękujemy za wypełnienie Formularza.**