

 **ECOLE MATERNELLE FRANCAISE de Gdynia, Année scolaire 2025/2026**

 **PRZEDSZKOLE FRANCUSKIE w Gdyni, Rok szkolny 2025/2026**

Fiche Sanitaire année 2025/2026

Karta zdrowia rok 2025/2026

Nom / nazwisko: _____ **Prénom / imię:** _____

Date de naissance / data urodzenia: ___/___/___ **PESEL:** _____

Lieu de naissance / miejsce urodzenia: _____

Adresse / adres: rue / ul.: _____ n° _____ **Ville / miasto:** _____

Code postal / kod pocztowy: _____ **e-mail:** _____

Médecin traitant / lekarz prowadzący: nom / nazwisko: _____

téléphone / telefon: _____ **langue parlée / język używany:** _____

Adresse de l'hôpital en cas d'urgence / adres szpitala w razie wypadku :

Vaccins / szczepionki :

Allergies / alergie :

Régime alimentaire / dieta :

Autorisation d'hospitalisation / Zezwolenie na pobyt w szpitalu:

Je soussigné(e) / Ja niżej podpisany(a) _____

autorise le personnel éducatif à faire hospitaliser mon enfant / zezwalam pracownikowi przedszkola Francuskiego – Dyr. Grażynie Mompert na oddanie mojego dziecka _____

en cas d'urgence / do szpitala w razie wypadku.

Date/ data : _____

Signature/ podpis : _____

Adresse / adres: Ecolematernelle, ul. Halicka 8, 81-506 Gdynia Contact / kontakt: 606 985 059

e-mail: grazynka@ecolematernelle.pl Web: www.ecolematernelle.pl