



Dječji vrtić Mali Petar
Sveti Petar Orehovec 63
OIB: 25730790039
Tel: 048/621-468

ZAHTJEV ZA UPIS DJETETA U KRAĆI PROGRAM PREDŠKOLE

1. IME I PREZIME DJETETA	
Datum i mjesto rođenja :	
OIB :	
Adresa :	
Ime djetetova liječnika:	
2. IME I PREZIME MAJKE	
OIB :	
Adresa :	
Telefon/mobitel :	
E-mail adresa :	
Zanimanje i stručna sprema :	
Zaposlena u :	
Adresa poslodavca :	
Telefon poslodavca :	
Radno vrijeme :	od do
3. IME I PREZIME OCA	
OIB :	
Adresa :	
Telefon/mobitel :	
E-mail adresa :	
Zanimanje i stručna sprema :	
Zaposlen u :	
Adresa poslodavca :	
Telefon poslodavca :	
Radno vrijeme :	od do
4. BRAČNI STATUS	a. vjenčani b. izvanbračna zajednica c. rastavljeni d. samohrani roditelj
5. ČLANOVI ZAJEDNIČKOG DOMAĆINSTVA (baka, djed, ostali članovi)	_____ _____



Dječji vrtić Mali Petar
Sveti Petar Orehovec 63
OIB: 25730790039
Tel: 048/621-468

6. RAZVOJNI STATUS DJETETA (ZAKRUŽITI):	<ol style="list-style-type: none">1. Uredan2. Dijete je bilo uključeno ili je još uvijek uključeno u terapiju ili praćenje specijaliste (npr. fizijatar, neuropedijatar, logoped, rehabilitator, psiholog, fizioterapeut, stručnjak druge predškolske ustanove itd.)3. Dijete s teškoćama u razvoju:<ol style="list-style-type: none">a) Dijagnostički postupak za utvrđivanje teškoća<ul style="list-style-type: none">▪ vještačenjem stručnog povjerenstva socijalne skrbi (_____godine)▪ nalazom i mišljenje specijalizirane ustanove _____▪ nalazom i mišljenjem ostalih stručnjaka _____b) Rehabilitacijski postupak:<ul style="list-style-type: none">▪ dijete nije u tretmanu _____▪ dijete je u tretmanu _____
7. DIJETE JE REDOVITO CIJEPLJENO	DA/NE
8. IMA LI VAŠE DIJETE NEKU KRONIČNU BOLEST?	<ol style="list-style-type: none">1. febrilne konvulzije2. alergije3. bolesti dišnog sustava4. bolesti mokraćnog sustava5. srčani problemi6. oštećenje vida/sluha7. tjelesni invaliditet8. ostalo: _____
9. ZAKRUŽITE TVRDNJU KOJA SE ODNOSI NA VAŠE DIJETE:	<ol style="list-style-type: none">1. u motorici<ol style="list-style-type: none">a) pretjerana živost,b) umor,c) teškoće,d) nespretnost u kretanju.2. u govoru<ol style="list-style-type: none">a) loš izgovor pojedinih glasova,b) zamuckivanje,c) ubrzavanje u govoru,d) ponavljanje slogova ili riječi.3. u ponašanju<ol style="list-style-type: none">a) povučenost,b) plačljivost,c) pretjerana sramežljivost,d) strah,e) plašljivost,f) burna reakcija u ljutnji, agresivnost.4. u obavljanju nužde<ol style="list-style-type: none">a) samostalno,b) potrebna pomoć,c) pobjegne velika/mala nužda.



Dječji vrtić Mali Petar
Sveti Petar Orehovec 63
OIB: 25730790039
Tel: 048/621-468

10. JE LI VAŠE DIJETE DO SADA POHAĐALO NEKU ODGOJNU USTANOVU (vrtić/jaslice/igraonica) Period prilagodbe je bio:	DA/NE Ako da, KOJU? _____ U kojoj dobi? _____ a) težak b) bez problema c) male početne teškoće
11. KOJE IGRE VAŠE DIJETE NAJVIŠE VOLI?	_____ _____
12. USPOSTAVLJA LI DIJETE LAKO KONTAKT S VRŠNJACIMA? DA / NE	
13. MISLITE LI DA JE VAŠE DIJETE SPREMNO ZA POLAZAK U ŠKOLU? ZAŠTO?	_____ _____ _____
14. ŠTO OČEKUJETE OD PROGRAMA PREDŠKOLE?	_____ _____ _____

Uz ovaj zahtjev potrebno je priložiti:

1. Izvadak iz matice rođenih ili rodni list djeteta (preslika, bez obzira na datum),
2. Preslike osobnih iskaznica oba roditelja/skrbnika ili potvrde o prebivalištu,
3. Presliku knjižice cijepljenja.

Neposredno prije početka pohađanja programa predškole roditelji su dužni dostaviti potvrdu nadležnog liječnika o obavljenom sistematskom zdravstvenom pregledu djeteta.

Sveti Petar Orehovec, _____ godine

Ime, prezime i vlastoručni potpis podnositelja zahtjeva:

Majka/skrbnik _____ Otac/skrbnik _____

Podnositelj zahtjeva vlastoručnim potpisom potvrđuje da su podaci navedeni u ovom zahtjevu točni i potpuni te ovlašćuje vrtić da ima pravo provjeravati, obrađivati, čuvati i koristiti iste u skladu s Općom uredbom o zaštiti podataka i prema drugim važećim zakonskim propisima.