

DJEČJI VRTIĆ „ZLATNA LUČICA“
MARIJANA GRDOVIĆA 6
23206 SUKOŠAN
MB: 01663518
OIB: 24046905505
TEL/FAX: 023/393 313
KLASA: 035-01/16-01/
URBROJ: 2198/03-3/1-16-1

ZAHTJEV ZA UPIS DJETETA U PROGRAM PREDŠKOLE

PODACI O DJETETU:

IME I PREZIME DJETETA: _____

DATUM I GODINA ROĐENJA: _____

MJESTO ROĐENJA: _____

OIB: _____

ADRESA STANOVANJA: _____

BROJ TELEFONA (stanovanja): _____

Datum prijave: _____

PODACI O RODITELJIMA/STARATELJIMA:

MAJKA:

IME I PREZIME: _____

OIB: _____

BROJ MOBITELA: _____

E-MAIL ADRESA: _____

ZANIMANJE: _____

RADNO MJESTO: _____

BROJ TELEFONA RADNOG MJESTA: _____

OTAC:

IME I PREZIME: _____

OIB: _____

BROJ MOBITELA: _____

E-MAIL ADRESA: _____

ZANIMANJE: _____

RADNO MJESTO: _____

BROJ TELEFONA RADNOG MJESTA: _____

PODACI O OSOBITOSTIMA I ZDRAVSTVENOM STANJU DJETETA:

IMA LI DIJETE NEKU KRONIČNU BOLEST (NAVEDITE AKO IMA) _____

SPECIFIČNOSTI U NAVIKAMA I PONAŠANJU: (*Često buđenje(nemiran san), loš apetit, agresivnost, povučenosť, tvrdoglavost, plašljivost, preosjetljivost, teško odvajanje od roditelja i sl.)*

IMA LI DIJETE ODREĐENIH POTEŠKOĆA U RAZVOJU (*POREMEĆAJI U PONAŠANJU, GOVORNE POTEŠKOĆE, TJELESNA OŠTEĆENJA, NEUROTSKE SMETNJE, ISL.*)

NAVEDITE KOJE:

DA LI JE DIJETE TRENUTNO NA NEKOM ODREĐENOM LIJEČNIČKOM TRETMANU ILI OBRADI?

DA

NE

AKO JE, PRILOŽITE ODREĐENU MEDICINSKU DOKUMENTACIJU.

POTPIS RODITELJA: _____

UZ ZAHTJEV ZA UPIS DUŽNI STE PRILOŽITI SLJEDEĆE DOKUMENTE:

1. Potvrdu o sistematskom zdravstvenom pregledu djeteta
2. Presliku rodnog lista ili domovnice
3. Potvrde o zaposlenju roditelja
4. Presliku osobnih iskaznica roditelja ili Potvrdu o prebivalištu djeteta
5. Presliku zdravstvene iskaznice djeteta