

JAVNA USTANOVA DJEČJI VRTIĆ „ZVJEZDICE“  
23222 Zemunik Donji

## Z A H T J E V

ZA UPIS DJETETA U PREDŠKOLSKU USTANOVU

IME I PREZIME DJETETA.....

ADRESA STANOVANJA.....

## 1. PODACI O DJETETU

Ime i prezime djeteta.....

Datum i mjesto rođenja.....

Jeli dijete do sada pohađalo vrtić.....

Zahtjev podnosim za upis djeteta u slijedeći program (zaokružite slovo ispred programa za koji ste zainteresirani):

- a) poludnevni program ( od 6.30 – 12.00 sati)
- b) cjelodnevni program ( od 6.30 do 16.00 sati)
- c) program pred škole (0d 14.30- 16.00 sati). Trajanje programa od 01. studenog do 01. travnja

Boravak u vrtiću potreban je od..... do .....sati svakog radnog dana.

Razlozi zbog kojih podnosite prijavu o potrebi uključivanja djeteta u predškolsku ustanovu su slijedeći ( kratak opis obiteljskih prilika).....

.....  
.....

## 2. PODACI O RODITELJIMA / SKRBNICIMA

### MAJKA

Ime i prezime.....

.....  
OIB.....

Zanimanje.....

Zaposlena u .....

Adresa zaposlenja.....

.....  
Tel.....

### OTAC

Ime i prezime.....

.....  
OIB.....

Zanimanje.....

Zaposlen u .....

Adresa zaposlenja.....

.....  
Tel.....

Adresa prebivališta ( roditelja /  
skrbnika).....

(poštanski broj, mjesto, ulica, telefon)

### 3. PODACI O ČLANOVIMA ZAJEDNIČKOG DOMAĆINSTVA

.....  
.....  
.....  
.....

Navedite ime i prezime osoba koje smiju dovesti i odvesti dijete iz vrtića (najviše četiri osobe)

.....  
.....  
.....  
.....

### 4. PODACI O ZDRAVSTVENOM STANJU I OSOBITOSTIMA RASTA I RAZVOJA DJETETA

Karakteristike trudnoće: normalna – rizična (održavana)

Karakteristike poroda: normalan – carski rez – vakum – ostalo.....

Stanje djeteta pri porodu (APGAR iz Novorođenačkog lista).....

**Je li dijete redovno cijepljeno:** da – djelomično – ne

Ukoliko je dijete bilo hospitalizirano, navedite koje je oboljenje bilo, u kojoj dobi djeteta i koliko dugo:

.....  
.....  
.....  
.....

**Ima li dijete neku kroničnu bolest:**

- a) Febrilne konvulzije
- b) Alergije (posebno na hranu) .....
- c) Bolesti dišnog sustava
- d) Bolesti mokraćnog sustava
- e) Srčani problemi
- f) Oštećenje vida – sluha
- g) Tjelesni invaliditet
- h) Ostalo.....

## Specifičnosti u navikama i ponašanju djeteta:

*Često buđenje (nemiran san), noćne more, nekontrolirano mokrenje u krevetu, poremećaj kontrole stolice, loš apetit, prekomjerno uzimanje hrane, agresivnost, povučенost, tvrdoglavost, plašljivost, preosjetljivost, teško odvajanje od roditelja, odstalo:*

.....  
.....  
.....

Ima li dijete govornih poteškoća .....

Da li je dijete bilo ili je još uvijek na nekom specifičnom pregledu, obradi ili tretmanu: **da – ne**

Ukoliko je, molimo Vas da u sklopu Prijave priložite postojeću medicinsku dokumentaciju (npr. nalazi i mišljenje logopeda, psihologa, liječnički nalazi i slično).

**Napomena: Povjerenstvo za upis može provjeriti priloženudokumentaciju. Nepotpuna i nepravovremena dokumentacija neće se razmatrati.**

\*Izjavljujem i vlastoručnim potpisom potvrđujem da su podaci navedeni u ovom zahtjevu i priloženoj dokumentaciji točni i potpuni te ovlašćujem vrtić da ima pravo provjeravati, obrađivati, čuvati i koristiti u skladu s Zakonom o zaštiti osobnih podataka i drugim važećim propisima, a u svrhu sklapanja i izvršenja ugovora o ostvarivanju odgovarajućeg programa predškolskog odgoja djeteta u vrtiću.

U Zemuniku Donjem.....

Potpis roditelja/ Skrbnika

.....

Prilozi:

1. Preslika rodnog lista ili izvotka iz matice rođenih djeteta
2. Potvrda poduzeća, ustanove, obrta roditelja o radnom odnosu
3. OIB roditelja – fotokopija izvornika
4. Liječničko uvjerenje- o obavljenom sistematskom pregledu (daje djetetov pedijatar) – izvornik
5. Preslika zdravstvene iskaznice djeteta
6. Preslika osobne iskaznice roditelja ili skrbnika

Liječnik: \_\_\_\_\_

Dom zdravlja/ambulanta: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Radno vrijeme: \_\_\_\_\_

**POTVRDA O OBAVLJENOM SISTEMATSKOM ZDRAVSTVENOM PREGLEDU  
PREDŠKOLSKOG DJETETA PRIJE UPISA U DJEČJI VRTIĆ**

Ime i prezime \_\_\_\_\_

Dan, mjesec, godina rođenja \_\_\_\_\_

JMBG \_\_\_\_\_

Obavljen sistematski pregled liječnika	DA	NE
Obavljen sistematski pregled stomatolog	DA	NE
Dijete je redovito cijepljen	DA	NE

Razlozi zbog kojih nije provedeno cijepljenje

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mjere posebne skrbi u dječjem vrtiću: POTREBNE SU                      NISU POTREBNE

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Napomene:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DIJETE JE SPOSOBNO ZA POHAĐANJE DJEČJEG VRTIĆA:      DA                      NE

Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Faksimil i potpis liječnika