

PODNOŠITELJ ZAHTEVA (roditelj ili skrbnik) IME I PREZIME: _____

ADRESA: _____



ZAHTEV ZA UPIS DJETETA U PROGRAM PREDŠKOLE

DJEČJI VRTIĆ KRIŽEVCI

PODACI O DJETETU

IME _____ PREZIME _____ SPOL **M / Ž**
(ZAOKRUŽITI)

DAN, MJESEC I GODINA ROĐENJA _____ MJESTO ROĐENJA _____

OIB

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 DRŽAVLIANSTVO _____

ADRESA STANOVANJA _____ GRAD/OPĆINA _____

PRIJAVLJENO PREBIVALIŠTE _____

KOJU ŠKOLU ĆE DIJETE POHAĐATI? (naziv osnovne škole) _____

RAZVOJNI STATUS DJETETA (ZAOKRUŽITI)

A) uredna razvojna linija

B) dijete s teškoćama u razvoju

Orijentacijska lista vrste teškoća (ZAOKRUŽITI, MOGUĆE VIŠE ODABIRA)

- a) oštećenja vida
- b) oštećenja sluha
- c) poremećaji jezično-govorno-glasovne komunikacije
- d) tjelesni invaliditet
- e) intelektualne teškoće (sindromi...)
- f) poremećaji u ponašanju uvjetovani organskim faktorima, ADHD
- g) poremećaj socijalne komunikacije; poremećaj iz autističnog spektra; autizam
- h) postojanje više vrsta i stupnjeva teškoća u psihofizičkom razvoju

Dijagnostički postupak za utvrđivanje teškoća (ZAOKRUŽITI)

- a) vještačenjem stručnog povjerenstva socijalne skrbi (_____ godine)
- b) nalazom i mišljenjem specijalizirane ustanove (KOJE) _____
- c) nalazom i mišljenjem ostalih stručnjaka (KOJIH) _____

Rehabilitacijski postupak dijete je u tretmanu? **DA / NE** (ZAOKRUŽITI)

ustanove i vrste tretmana _____

C) druge specifične razvojne posebne potrebe djeteta (poremećaji s prkošenjem i suprotstavljanjem, poremećaj ophođenja, anksiozni poremećaj, depresivna stanja, tikovi, noćne more ili strahovi, fobije, neadekvatna privrženost, proživljeno traumatsko iskustvo, povučенost, sramežljivost, ispadi bijesa, agresija i drugo)

(KOJE) _____

D) posebne zdravstvene potrebe djeteta (alergije, posebna prehrana, kronična oboljenja, zarazne bolesti, astma, epilepsija, febrilne konvulzije, hospitalizacija i drugo)

(KOJE) _____

Obitelj je u tretmanu Centra za socijalnu skrb? DA NE

Ako DA, zaokružite:

NADZOR NAD RODITELJSKIM PRAVOM / BRAKORAZVODNA PARNICA / KORISNICI POMOĆI /

EVIDENTIRANI ZBOG ZDRAVSTVENIH PROBLEMA U OBITELJI

DIJETE ŽIVI SA:

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. oba roditelja | 3. samohranim roditeljem |
| 2. jednim roditeljem
(ocem - majkom)
(zaokružite) | 4. skrbnicima |
| | 5. nešto drugo: _____ |

PODACI O RODITELJIMA / SKRBNICIMA

MAJKA

IME _____ PREZIME _____
DAN, MJESEC I GODINA ROĐENJA _____ MJESTO ROĐENJA _____
OIB

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 DRŽAVLJANSTVO _____
ADRESA STANOVANJA _____ GRAD/OPĆINA _____
PRIJAVLJENO PREBIVALIŠTE: ADRESA _____
KONTAKT: TELEFON, MOBIL, E-MAIL _____
ZAPOSLENA **DA / NE** (ZAOKRUŽITI), NAZIV I ADRESA POSLODAVCA _____
KONTAKT NA RADNOM MJESTU: TELEFON, MOBIL, E-MAIL _____
ZANIMANJE I STRUČNA SPREMA _____ RADNO VRIJEME _____

OTAC

IME _____ PREZIME _____
DAN, MJESEC I GODINA ROĐENJA _____ MJESTO ROĐENJA _____
OIB

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 DRŽAVLJANSTVO _____
ADRESA STANOVANJA _____ GRAD/OPĆINA _____
PRIJAVLJENO PREBIVALIŠTE: ADRESA _____
KONTAKT: TELEFON, MOBIL, E-MAIL _____
ZAPOSLEN **DA / NE** (ZAOKRUŽITI), NAZIV I ADRESA POSLODAVCA _____
KONTAKT NA RADNOM MJESTU: TELEFON, MOBIL, E-MAIL _____
ZANIMANJE I STRUČNA SPREMA _____ RADNO VRIJEME _____

Uz zahtjev potrebno je priložiti:

- 1. RODNI LIST DJETETA**
- 2. KOPIJU ISKAZNICE IMUNIZACIJE**
- 3. POTVRDU O OBAVLJENOM SISTEMATSKOM PREGLEDU DJETETA**
- 4. DODATNU MEDICINSKU / LOGOPEDSKU / PSIHOLOŠKU DOKUMENTACIJU ako postoji**

Izjavljujem i vlastoručnim potpisom potvrđujem da su podaci navedeni u ovom zahtjevu i priloženoj dokumentaciji točni i potpuni te ovlašćujem vrtić da iste ima pravo provjeravati, obrađivati, čuvati i koristiti u skladu sa 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 Križevcima, dana _____

Potpis podnositelja zahtjeva _____