**ZAHTJEV**

**ZA UPIS DJETETA U 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 DOMAČINSTVA (baka, djed, ostali članovi) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 6. RAZVOJNI STATUS DJETETA: | 1. Uredan  2. 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:  a) Dijagnostički postupak za utvrđivanje teškoća  - vještačenjem stručnog povjerenstva socijalne  skrbi ( \_\_\_\_\_ godine)  - nalazom i mišljenje specijalizirane ustanove  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  - nalazom i mišljenjem ostalih stručnjaka  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  b) Rehabilitacijski postupak:  - dijete nije u tretmanu  - dijete je u tretmanu  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 7. DIJETE JE REDOVITO CIJEPLJENO | DA / NE | |
| 8. IMA LI VAŠE DIJETE NEKU KRONIČNU BOLEST? | 1. febrilne konvulzije  2. alergije  3. bolesti dišnog sustava  4. bolesti mokraćnog sustava  5. srčani problemi  6. oštećenje vida/sluha  7. tjelesni invaliditet  8. ostalo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 9. PODCRTAJTE ILI DOPUNITE TVRDNJU KOJA SE ODNOSI NA VAŠE DIJETE: | **- u prehrani** (slab apetit, odbijanje hrane, pretilost, potrebna pomoć pri hranjenju…)  **- u spavanju** (isprekidan, nemiran san, mokrenje u snu…)  **- u motorici** (pretjerana živost, umor, teškoće, nespretnost u kretanju…)  **- u govoru** (loš izgovor pojedinih glasova, zamuckivanje, ubrzavanje u govoru, ponavljanje slogova ili riječi …)  **- u ponašanju** (povučenost, plačljivost, pretjerana sramežljivost, osjetljivost, strah, tvrdoglavost, ljubomora, plašljivost, burna reakcija u ljutnji, agresivnost…)  **- u obavljanju nužde** (samostalno, potrebna pomoć, pobjegne velika /mala nužda | |
| 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 | | |
| MOLIMO VAS ZAOKRUŽITE JEDAN OD PONUĐENIH ODGOVORA (UKOLIKO SE ODNOSE NA VAS): | | |
| Obitelj na području Općine Kalnik ima | | a) prebivalište (mjesto trajnog življenja)  b) boravište (mjesto privremenog življenja) |
| Status samohranog roditelja ima | | Majka / Otac |
| Dijete je udomljeno/usvojeno | | DA / NE |
| Skrbništvo nad djetetom ima | | Majka / Otac |
| 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.*

Kalnik, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ime, prezime i vlastoručni potpis podnositelja zahtjeva:

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

*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.*