

**DJEČJI VRTIĆ „MARUŠKICA“  
ŠKABRNJA**

**P R I J A V A**

**O POTREBI UPISA DJETETA U PREDŠKOLSKU USTANOVU**

**PREZIME I IME DJETETA:** \_\_\_\_\_

## 1. PODACI O DJETETU

PREZIME I IME DJETETA: \_\_\_\_\_

DAN, MJESEC I GODINA ROĐENJA: \_\_\_\_\_

OIB DJETETA: \_\_\_\_\_

JE LI DIJETE DO SADA POHAĐALO VRTIĆ: \_\_\_\_\_

AKO JE POHAĐALO VRTIĆ, KOJI I KADA: \_\_\_\_\_

DNEVNI BORAVAK DJETETA U USTANOVU POTREBAN JE

OD \_\_\_\_\_ DO \_\_\_\_\_ SATI SVAKOG RADNOG DANA

RAZLOZI ZBOG KOJIH PODNOSITE PRIJAVU O POTREBI UKLJUČIVANJA DJETETA U PREDŠKOLSKU USTANOVU SU SLJEDEĆI (KRATAK OPIS OBITELJSKIH PRILIKA) \_\_\_\_\_

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

## 2. PODACI O RODITELJIMA/STARATELJIMA

MAJKA	OTAC
Ime i prezime	Ime i prezime
JMBG/OIB	JMBG/OIB
Zanimanje	Zanimanje
Zaposlen u	Zaposlen u
Adresa zaposlenja	Adresa zaposlenja
Tel.	Tel.

ADRESA PREBIVALIŠTA (RODITELJA/STARATELJA)

\_\_\_\_\_ (ulica, poštanski broj, mjesto, tel.)

### 3. PODACI O ČLANOVIMA ZAJEDNIČKOG DOMAĆINSTVA

Navedite ime i prezime osobe koje smiju dovesti i odvesti dijete iz vrtića (najviše 4 osobe)

PREZIME I IME	Godina rođenja	Rodbinski odnos	Zaposlen (da/ne)

Škabrnja, dana \_\_\_\_\_

POTPIS RODITELJA/STARATELJA

\_\_\_\_\_

Prilozi:

1. Preslika rodnog lista ili domovnice
2. Potvrda o prebivalištu roditelja
3. Liječničko uvjerenje o obavljenom sistematskom pregledu (daje djetetov pedijatar)

**IME I PREZIME DJETETA:** \_\_\_\_\_

**PODACI O ZDRAVSTVENOM STANJU I OSOBITOSTIMA RASTA I RAZVOJA DJETETA:**

Karakteristike trudnoće: normalna - rizična (održavana)

Karakteristike poroda: normalni – carski rez – vakuum

Ostalo: .....

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

Je li dijete redovito cijepljeno: da – djelomično – ne

Ukoliko je dijete bilo hospitalizirano, navedite koje je oboljenje bilo:

.....

u kojoj dobi djeteta.....

koliko dugo.....

Ima li dijete neku kroničnu bolest:

- febrilne konvulzije
- alergije.....
- bolesti dišnog sustava (bronhitis, astma)
- bolesti mokraćnog sustava
- srčani problemi
- oštećenje vida – sluha
- tjelesni invaliditet
- ostalo:.....

Ime djetetovog liječnika ili pedijatra:.....

**Specifičnosti u navikama i ponašanju djeteta:**

Često buđenje (nemiran san); noćne more; nekontrolirano mokrenje u krevet; poremećaj kontrole stolice; loš apetit; prekomjerno uzimanje hrane; agresivnost; povučенost; tvrdoglavost; plašljivost; preosjetljivost; hiperaktivnost; teško odvajanje od roditelja; ostalo:

.....

Ima li dijete govornih teškoća: .....

Je li dijete bilo ili je još uvijek na nekoj specifičnoj obradi – tretmanu:

**da – ne**

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

