

ZAHTJEV ZA UPIS DJETETA U DJEČJI VRTIĆ

| | |
|--|---------------------------|
| I. PODACI O DJETETU | |
| IME I PREZIME DJETETA: _____ | |
| Dan, mjesec i godina rođenja: _____ | |
| Adresa stanovanja: _____ Grad/Općina: _____ | |
| II. PODACI O RODITELJIMA: | |
| Da li je majka/otac samohran: DA - NE | |
| IME I PREZIME MAJKE: _____ OIB: _____ | |
| ZANIMANJE/STRUČNASPREMA: _____ | |
| ZAPOSLENA U _____ RADNO VRIJEME _____ | |
| TELEFON NA POSLU: _____ MOBITEL: _____ | |
| E-MAIL ADRESA: _____ | |
| IME I PREZIME OCA: _____ OIB: _____ | |
| ZANIMANJE/STRUČNASPREMA: _____ | |
| ZAPOSLEN U _____ RADNO VRIJEME _____ | |
| TELEFON NA POSLU: _____ MOBITEL: _____ | |
| E-MAIL ADRESA: _____ | |
| III. PODACI O UVJETIMA ŽIVOTA: | |
| Ime i godina rođenja vaše ostale djece, odgojno-obrazovna ustanova koju polaze: | |
| 1. _____, rođen-a _____, polazi _____ | |
| 2. _____, rođen-a _____, polazi _____ | |
| 3. _____, rođen-a _____, polazi _____ | |
| Članovi zajedničkog domaćinstva (baka, djed, ostali članovi) _____ | |
| IV. ZDRAVSTVENO STANJE DJETETA: | |
| a) dijete s teškoćama u razvoju, utvrđenim | |
| - vještačenjem stručnog povjerenstva (kategorizacija) socijalne skrbi _____ godine | |
| - nalazom _____ | |
| b) posebne potrebe (alergije, posebna prehrana, kronična oboljenja, epy, astma, febrilne konvulzije i sl.) | |
| _____ | |
| Zdravstveno stanje ostalih članova obitelji: | |
| _____ | |
| V. ZAHTJEV SE PODNOSI ZA UPIS U PROGRAM: | |
| a) cjeloviti (primarni) 10-satni program za djecu od 12 (10) mj.do polaska u školu – pet dana u tjednu (ponedjeljak – petak) od _____ do _____ sati. | |
| b) Program predškole za djecu od 6. do 7. godine života (godinu dana prije polaska u osnovnu školu) | |
| c) Program igraonice na engleskom jeziku za djecu u dobi od 4. do 7. godine života | |
| DATUM*: | POTPIS RODITELJA*: |
| _____ | _____ |
| *ZAHTJEVI BEZ DATUMA I POTPISA RODITELJA NEĆE SE UZIMATI U OBZIR | |