



Dječji vrtić Lekenik, Hermanna Gmeinerja 1, tel: 044 772 150/ 099 355 2055
e-mail: [vrtic.lekenik.upisi@gmail.com](mailto:VRTIC.LEKENIK.UPISI@GMAIL.COM)

ZAHTJEV ZA UPIS DJETETA (program predškole „mala škola“)

KODNI BROJ: _____

Klasa: _____

Urbroj: _____

Dan prijema: _____

Primio: _____

PODNOŠITELJ ZAHTJEVA

Ime i prezime	
Adresa	

PODACI O DJETETU (OBVEZNO)

IME I PREZIME	
SPOL (M/Ž)	
DATUM I MJESTO ROĐENJA	
OIB	
DRŽAVLJANSTVO	
PREBIVALIŠTE: ADRESA	
GRAD/OPĆINA	

PODACI O RODITELJIMA/SKRBNICIMA (OBVEZNO)

	MAJKA	OTAC
IME I PREZIME		
OIB RODITELJA/SKRBNIKA		
GODINA ROĐENJA		
ZANIMANJE I STRUČNA SPREMA		
ZAPOSLEN DA/NE		
POSLODAVAC		
TELEFON NA RADNOM MJESTU		
TELEFON/MOBITEL		
E-MAIL		

Članovi zajedničkog kućanstva:

Ime i godina rođenja vaše ostale djece:

_____, rođen-a _____

_____, rođen-a _____

_____, rođen-a _____

1. DOKUMENTACIJA

Uz ovaj zahtjev se prilaže sljedeća osnovna **obvezna** dokumentacija (**zaokružiti**):

- 1) Preslika rodnog lista/ izvoda iz matične knjige rođenih djeteta
- 2) Preslika osobne iskaznice oba roditelja ili potvrda o prijavljenom prebivalištu za oba roditelja i dijete
- 3) Preslika zdravstvene iskaznice i iskaznice imunizacije djeteta
- 4) Presliku medicinske dokumentacije koja potvrđuje posebnu zdravstvenu potrebu ili teškoću u razvoju djeteta

2. RAZVOJNI I ZDRAVSTVENI STATUS DJETETA

Vaše dijete je

- a) urednog razvojnog statusa
- b) dijete s teškoćama u razvoju, utvrđenim
 - nalazom i/ili mišljenjem specijalizirane ustanove DA NE
 - nalazom i/ili mišljenjem ostalih stručnjaka DA NE
 - vještačenjem stručnog povjerenstva socijalne skrbi DA NE
- c) dijete s posebnim razvojnim i/ili zdravstvenim potrebama (alergije, posebna prehrana, kronična oboljenja, epilepsija, astma, febrilne konvulzije, dijabetes, neurorizičnost i dr. – navedite što)

Ukoliko postoji zdravstvena dokumentacija o bolestima i drugim zdravstvenim poteškoćama, obavezno ju priložite uz Zahtjev.

Da li Vaše dijete koristi usluge?

Koje dječje bolesti je dijete preboljelo?

- a) prof. rehabilitatora
- b) fizioterapeuta
- c) radnog terapeuta
- d) logopeda
- e) nikog od navedenih

- 1) vodene kozice
- 2) ospice
- 3) šarlah
- 4) mumps
- 5) drugo(što): _____

Ime i prezime djetetovog liječnika opće prakse: _____

Ime i prezime djetetovog stomatologa: _____

IZJAVA O ZAŠTITI OSOBNIH PODATAKA

Svojim potpisom na ovom Zahtjevu za upis djeteta u Dječji vrtić Lekenik jamčim da sam u tom Zahtjevu i popratnoj dokumentaciji svojevolarno učinio dostupnima osobne podatke djeteta i podnositelja zahtjeva te se obvezujem se da navedene podatke, kao ni dodijeljeni kodni broj zahtjeva neću učiniti dostupnim neovlaštenim osobama.

U Lekeniku, dana _____

Potpis oba roditelja/skrbnika

