**ZAHTJEV ZA UPIS DJETETA U PROGRAM PREDŠKOLE ZA DJECU KOJA NISU UPISANA U REDOVITI VRTIĆKI PROGRAM**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OSNOVNI PODACI O DJETETU** | IME DJETETA |  | | | |
| PREZIME DJETETA |  | | | |
| DATUM ROĐENJA |  | SPOL | |  |
| OIB |  | | | |
| PRIJAVLJENO PREBIVALIŠTE – GRAD |  | | | |
| PRIJAVLJENO PREBIVALIŠTE – ULICA, BROJ, PODBROJ |  | | | |
| **PODACI O RODITELJIMA/SKRBNICIMA** | SRODSTVO (vrsta srodstva s djetetom-upisati koje: majka, otac i dr.) |  | | | |
| IME RODITELJA/SKRBNIKA |  | | | |
| PREZIME RODITELJA/SKRBNIKA |  | | | |
| BROJ TELEFONA | BROJ MOBITELA: | | E-MAIL ADRESA: | |
| ZAPOSLEN/A | DA NE | | | |
| SRODSTVO (vrsta srodstva s djetetom-upisati koje: majka, otac i dr.) |  | | | |
| IME RODITELJA/SKRBNIKA |  | | | |
| PREZIME RODITELJA/SKRBNIKA |  | | | |
| BROJ TELEFONA | BROJ MOBITELA: | | E-MAIL ADRESA: | |
| ZAPOSLEN/A | DA NE | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PODACI O RAZVOJNOM STATUSU DJETETA** | DIJETE JE UKLJUČENO U PRAĆENJE ILI TERAPIJU SPECIJALISTA (npr. fizijatra, neuropedijatra, logopeda, rehabilitatora, psihologa i dr.) (NAPOMENA: Zahtjevu potrebno priložiti svu relevantnu dokumentaciju) (ZAOKRUŽITI)  **DA** / **NE,** AKO JE ODGOVOR **DA,** NAVESTI U NASTAVKU | |
| USTANOVA |  |
| VRSTA STRUČNJAKA |  |
| TERAPIJA |  |
| DIJETE S POSEBNIM ODGOJNO-OBRAZOVNIM POTREBAMA (teškoće u razvoju, zdravstvene teškoće i neurološka oštećenja, kronične bolesti, eliminacijska prehrana, rizično ponašanje itd.) (NAPOMENA: Zahtjevu potrebno priložiti svu relevantnu dokumentaciju zautvrđivanje statusa i potreba djeteta)(ZAOKRUŽITI)  **DA** / **NE** | |
| AKO JE ODGOVOR **DA,** NAVESTI KOJE VRSTE (ZAOKRUŽITI I DOPUNITI)  **oštećenja vida / oštećenja sluha / intelektualne teškoće / poremećaji iz spektra autizma / motorički poremećaji /**  **teškoće jezično-glasovno-govorne komunikacije / višestruke teškoće u razvoju / specifične teškoće u učenju /**  **kronične bolesti / rizična ponašanja / posebne zdravstvene potrebe / deficit pažnje-hiperaktivni poremećaj /**  **ništa od navedenog - ostalo** (NAVESTI)**:** | |
| AKO POSTOJI DOKUMENTACIJA KOJU DIJETE IMA (ZAOKRUŽITI)  **nalaz i mišljenje Jedinstvenog tijela vještačenja / Rješenje Centra za socijalnu skrb /**  **nalaz i mišljenje specijaliziranih ustanova / mišljenje stručnog tima dječjeg vrtića / medicinski i drugi nalazi** | |

**Obrascu je potrebno priložiti:**

* **rodni list djeteta ili izvadak iz matice rođenih,**
* **za dijete s teškoćama u razvoju**: nalaz i mišljenje tijela vještačenja i/ili medicinsku, psihološku, edukacijsko-rehabilitacijsku i drugu relevantnu dokumentaciju - radi utvrđivanja potreba i razvojnog statusa djeteta.

**Liječničku potvrdu za upis u predškolsku ustanovu (ne stariju od 30 dana) te presliku iskaznice imunizacije djeteta** (podaci o urednoj procijepljenosti djeteta protiv bolesti iz Programa obveznog cijepljenja) **roditelji obavezno donose na 1. roditeljski sastanak koji će se održati u rujnu 2025.**

Oroslavje, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ godine

Potpis podnositelja zahtjeva:

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