ZAHTJEV

ZA PRIJEM I SMJEŠTAJ U USTANOVU

Za pedagošku godinu 2024/2025

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Broj ugovora \_\_\_\_\_\_\_

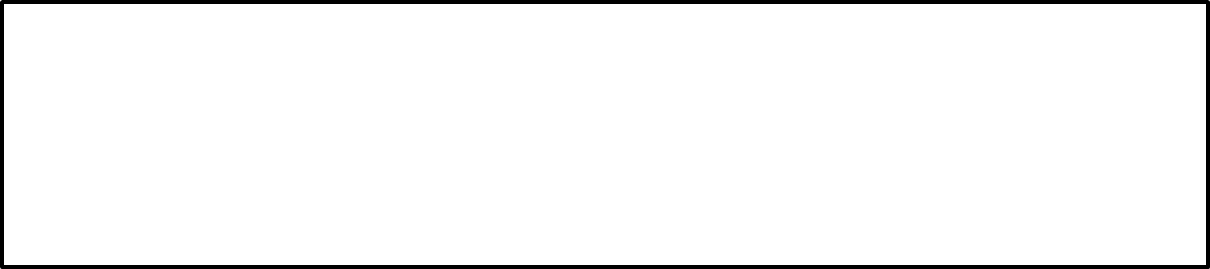
Broj protokola \_\_\_\_\_\_\_

1. **OSNOVNE INFORMACIJE O DJETETU**

Ime i prezime \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Spol M Ž ( zaokružiti )

Mjesto i datum rođenja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ JMB \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa i mjesto stanovanja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



1. **MEDICINSKE I ZDRAVSTVENE INFORMACIJE O DJETETU**

Da li dijete ima dijagnosticiranu bilo koju vrstu hronične bolesti, alergije, konvulzije te navesti važnije zdravstvene informacijei slično ( ako je odgovor DA navesti koju )

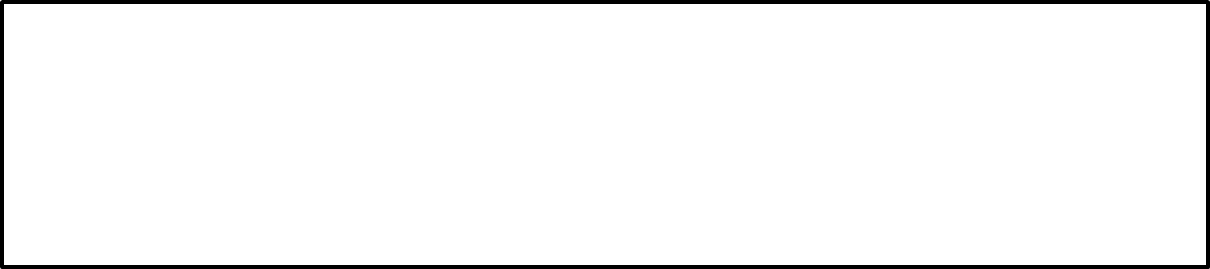
**DA NE** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Da li je dijete vakcinisano u skladu sa svojim uzrastom ( ako je odgovor NE – navesti razlog )

**DA NE** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dijete sa poteškoćama u razvoju

**DA NE** ( ako je odgovor DA navesti koje ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



1. **PODACI O RODITELJIMA/STARATELJIMA**

Dijete živi sa: 1) Oba roditelja 2) sa majkom 3) sa ocem 4) sa starateljem

RODITELJ OTAC MAJKA

IME I PREZIME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

STRUČNA SPREMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ZANIMANJE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

POSAO/ORGANIZACIJA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

KONTAKT TELEFON \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BROJ LIČNE KARTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ADRESA PO CIPS-U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



1. **PREDAVANJE I PREUZIMANJE DJETETA U USTANOVU**

Dijete će u ustanovu predavati:

1. Otac
2. Majka
3. Neko drugi (član porodice, rodbine – navesti)

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



**5. DODATNE INFORMACIJE O DJETETU**

Navesti osobine koje će odgajateljicama i osoblju ustanove olakšati rad te bolje razumjeti dijete.

Kao npr. :

Šta dijete voli, a šta ne? ( omiljena boja, aktivnost i slično )

Da li se dijete boji nečega? ( mraka, životinje i slično )

Da li dijete ima neku specifičnu naviku?

( Navesti sve informacije koje smatrate relevantnim )



1. **SAGLASNOSTI I DOZVOLE RODITELJA/STARATELJA**

Izjavljujem da sam saglasan da moje dijete:

a) Može izlaziti van obdaništa tokom posjeta i redovnih aktivnosti ustanove DANE

b) Možete fotografisati primjereno i objavljivati na društvenim medijima te web stranici ustanove DA NE

c) Možete u slučaju hitne medicinske potrebe dijete odvesti do najbliže zdravstvene ustanove bez mog prisustva DA NE

APLICIRAM ZA :

1. Vrtić Kiki 1 – Slavinovići 2. Vrtić Kiki 2 – Skver 3. Vrtić Kiki 3 – Slavinovići ( produženi boravak )

( Zaokružiti broj )

POSEBNI PROGRAMI:

1. BodyControl Fitnes za djecu ( Za odgojnu grupu Zvjezdice i Cvjetiće ) DA (zaokružiti)
2. Gimnastika ( Za odgojnu grupu Bubamare ) DA (zaokružiti)
3. Dodatni boravak ( 17h – 20h ) za Vrtić Kiki 1 – Slavinovići DA (zaokružiti)

OBAVEZNI PRILOZI ZAHTJEVU:

* Ljekarsko uvjerenje ( ne starije od 3 mjeseca od dana upisa )
* Izvod iz matične knjige rođenih za dijete ( kopija )
* CIPS obrazac za roditelja potpisnika Ugovora ( kopija – ne starija od 6 mjeseci )
* Lična karta oba roditelja ( kopija )

Zahtjev primio Datum podnošenja zahtjeva Podnosioc zahtjeva

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