

Dječji vrtić
Čarobni svijet u Rešetarima
Matije Gupca 29
35403 Rešetari
TEL:367-231
E-mail: vrtic@resetari.hr

**ZAHTJEV ZA NASTAVAK KORIŠTENJA USLUGA
DJEČJI VRTIĆ
ČAROBNI SVIJET U REŠETARIMA**

UR. BROJ: _____
DAN PRIJEMA: _____
PRIMIO: _____

1. PODACI O DJETETU

Ime i prezime djeteta	
Datum rođenja	
OIB	
Mjesto rođenja	
Adresa stanovanja	
Telefon	

2. PODACI O RODITELJIMA

	MAJKA	OTAC
Ime i prezime		
Godina rođenja		
Zanimanje i stručna sprema		
Zaposlen(naziv i adresa poslodavca)		
Telefon na poslu ili mobitel		

Ostvarujete li neko od prava prioriteta kod upisa vašeg djeteta u dječji vrtić?
Ako da, zaokružite koje:

- a) Djeca roditelja ili skrbnika invalida domovinskog rata
- b) Djeca samohranih roditelja/skrbnika
- c) Djeca iz obitelji s troje ili više djece
- d) Djeca u udomiteljskoj obitelji
- e) Djeca koja žive s oba zaposlena roditelja/ skrbnika
- f) Djeca u godini prije polaska u školu
- g) Djeca iz obitelji težeg zdravstvenog stanja (invaliditet roditelja, teža bolest u obitelji)
- h) Djeca čiji je jedan roditelj/skrbnik zaposlen
- i) Djeca roditelja koji primaju doplatak za djecu

Za dokazivanje prava prioriteta roditelji su dužni dostaviti potrebnu dokumentaciju.

3. ZDRAVSTVENO STANJE DJETETA (alergije, posebna prehrana, kronična oboljenja, epy, astma, febrilne konvulzije i sl.)

4. ODABIR PROGRAMA

Zahtjev podnosim za upis djeteta u sljedeći program:

- a) cjelodnevni boravak
- b) poludnevni boravak

NAPOMENA:

U cjelodnevni i poludnevni boravak primaju se djeca od navršene 2 godine do polaska u školu.

U Rešetarima, _____ 2017. godine

Potpis roditelja

PRILOZI ZAHTJEVU:

1. Rodni list djeteta
2. Potvrda MUP-a o prebivalištu
3. Preslika osobne iskaznice roditelja
4. Liječnička potvrda o zdravstvenom stanju djeteta

Liječnik: _____
 Dom zdravlja/ambulant: _____
 Adresa: _____
 OIB/MB: _____
 Radno vrijeme: _____

POTVRDA O OBAVLJENOM SISTEMATSKOM ZDRAVSTVENOM PREGLEDU PREDŠKOLSKOG DJETETA PRIJE UPISA U DJEČJI VRTIĆ

Ime i prezime djeteta:

Dan, mjesec, godina rođenja:

OIB: _____

Obavljen sistematski pregled liječnika: DA NE

Obavljen sistematski pregled stomatologa : DA NE

Dijete je redovito cijepljeno : DA NE

Razlozi zbog kojih nije provedeno cijepljenje:

Podaci o dosadašnjim bolestima:

Zarazne bolesi:

Kronične bolesi, stanja, smetnje:

Dijete s teškoćama/tretman:

Mjere posebne skrbi u dječjem vrtiću:

POTREBNE SU

NISU POTREBNE:

Posebne primjedbe:

DIJETE JE SPOSOBNO ZA POHAĐANJE DJEČJEG VRTIĆA:

DA

NE

Mjesto i datum:

/Faksimil i potpis liječnika/