



Jože Šurana bb, 52463 Višnjan - VisignanoZaprimljeno dana: _____
 OIB: 32498325979
 Telefon: 052/ 449 472;091 449 0005Primio: _____
 Telefax: 052/ 449 666
 Potpis: _____

ZAHTEJEV za upis djeteta

1. PODACI O DJETETU

Ime i prezime djeteta: _____		Spol: M Ž
Datum rođenja: _____		OIB: _____
Dijete u godini prije polaska u osnovnu školu: DA NE		Braće/sestara u vrtiću: _____
Adresa stanovanja: _____		Općina/grad: _____
Telefon: _____	E-mail: _____	
Broj mob.: majka _____ otac: _____		

2. ODABIR PROGRAMA

Zahtevam podnosim za upis djeteta u sljedeći program (zaokružiti slovo ispred željenog programa):

- a) cjelodnevni boravak / 10-satni program (od 6:30 – 16:30)
- b) poludnevni boravak / 6-satni program (od 6:30 – 12:30)
- c) program jaslica / 10-satni program (od 6:30-16:30)

Zainteresiran sam za dodatne programe za djecu od navršene 4. godine života (označiti sa X):

Program ranog učenja stranog jezika	<input type="checkbox"/>	Sportski program	<input type="checkbox"/>
Glazbeni program	<input type="checkbox"/>	Vjerski program	<input type="checkbox"/>

Želim da dijete počinje pohađati vrtić od (navesti datum) _____

3. PODACI O RODITELJIMA / RODITELJIMA / RODITELJIMA (označiti sa X)

	MAJKA	OTAC
Ime i prezime:		
Datum rođenja:		
OIB:		
Zanimanje:		
Stručna sprema:		
Radni status:		
Poslodavac:		
Telefon na poslu:		

4. ZDRAVSTVENI STATUS DJETETA

Vaše dijete je (zaokružiti i po potrebi dopuniti):

- a) urednog razvojnog statusa
 - b) dijete s teško ama u razvoju, utvr enim:
 - vješta enjem stru nog povjerenstva socijalne skrbi _____ godine.
 - nalazom i mišljenjem _____
 - c) dijete s posebnim potrebama (alergije, posebna prehrana, kroni na oboljenja, epy, astma, febrilne konvulzije, neurorizi no dijete i dr.)
-

Da li Vaše dijete koristi usluge(zaokružiti i dopuniti):

- a) logopeda b) defektologa c) fizioterapeuta
-

Ime i prezime djetetovog lije nika: _____

Kontakt telefon: _____

5. DOKUMENTACIJA UZ ZAHTJEV(zaokružiti broj ispred dokumentacije koja se dostavlja)

1. Neovjerena preslika Izvatka iz matice ro enih djeteta
2. Potvrda o obavljenom sistematskom pregledu djeteta prije upisa u dje ji vrti
3. Preslika osobne iskaznice oba roditelja / skrbnika
4. Uvjerenje o prebivalištu oba roditelja / skrbnika
5. Preslika dokumenta koji potvr uje da je roditelj žrtva/invalid Domovinskog rata
6. Preslika Izvadaka iz matice ro enih djece (ukoliko je u obitelji troje ili više malodobne djece)
7. Potvrda o zaposlenju roditelja (ne starija od 30 dana)
8. Potvrda da je roditelj samohrani ili da je dijete uzeto na uzdržavanje (rješenje o udomiteljstvu, skrbništvu)
9. Preslika zdravstvene dokumentacije od strane nadležnih ustanova / rješenje o kategorizaciji (ukoliko dijete ima teško e u razvoju)
10. Preslika rješenja o doplatku za djecu
11. Rješenje centra za socijalnu skrb u slu aju teže bolesti u obitelji (invaliditet, dijete s teško ama u razvoju, alkoholizam i druge ovisnosti)
12. Ostalu dokumentaciju – radi utvr ivanja prioriteta iz lanka 4. Pravilnika o prijemu djece u Dje ji vrti Višnjan.

6. IZJAVA PODNOSITELJA ZAHTJEVA

Izjavljujem i vlastoru nim potpisom potvr ujem da su podaci navedeni u ovom zahtjevu i priloženoj dokumentaciji to ni te ovlaš ujem Dje ji vrti Višnjan da iste ima pravo provjeravati, obra ivati, uvati i koristiti u skladu sa Zakonom o zaštiti osobnih podataka i drugim važe im propisima.

U Višnjanu- Visignano, _____

Ime i prezime roditelja / skrbnika :

Potpis: _____