

DJEČJI VRTIĆ OBROVAC  
I.B.MAŽURANIĆ 2  
23 450 OBROVAC  
Tel: 689-145  
Datum: \_\_\_\_\_

## ZAHTJEV ZA UPIS DJETETA U PROGRAM PREDŠKOLE

### 1. PODACI O DJETETU

Ime i prezime: \_\_\_\_\_

Datum i mjesto rođenja: \_\_\_\_\_

Adresa stanovanja: \_\_\_\_\_

OIB djeteta: \_\_\_\_\_

Kućni telefon: \_\_\_\_\_

Je li dijete već pohađalo vrtić (ako DA kada i gdje): \_\_\_\_\_

### 2. PODACI O RODITELJIMA/ SKRBNICIMA

#### MAJKA

#### OTAC

Ime i prezime: _____ _____	Ime i prezime: _____ _____
OIB: _____	OIB: _____
Adresa: _____ _____	Adresa: _____ _____
Broj mobitela: _____	Broj mobitela: _____
E-mail: _____	E-mail: _____
Zanimanje i stručna sprema: _____ _____	Zanimanje i stručna sprema: _____ _____
Zaposlena u (naziv, adresa, broj tel. poslodavca): _____ _____ _____	Zaposlen u (naziv, adresa, broj tel. poslodavca): _____ _____ _____

3. Da li je otac- majka samohran-a: DA NE

4. Ime i prezime, godina rođenja Vaše ostale djece:

\_\_\_\_\_ god.rođ. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ god. rođ. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ god. rođ. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ god.rođ. \_\_\_\_\_

5. Članovi zajedničkog domaćinstva (baka, djed, ostali članovi):

\_\_\_\_\_

6. Zdravstveno stanje djeteta:

a) zdravo

b) dijete s teškoćama:

- DIJAGNOZA

\_\_\_\_\_

- REHABILITACIJSKI TRETMAN (psiholog, logoped, defektolog, radni  
terapeut, fizioterapeut...)\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

c) druge poteškoće (alergije, posebna prehrana, kronična oboljenja, epy,astma, febrilne  
konvulzije i dr.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Obavezno donijeti sa sobom nalaze i stručna mišljenja specijalista, doktora opće prakse, logopeda, defektologa,  
psihologa...)

7. Napomena roditelja:\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

U Obrovcu, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(potpis roditelja)

ZAHTJEVU PRILOŽITI:

1. Domovnicu ili rodni list (preslika)
2. Liječničku potvrdu o zdravstvenom stanju predškolskog djeteta (potvrdu o sistematskom pregledu) (ne starije od 3 mjeseca)
3. Preslika osobne iskaznice roditelja