Adresa : Bikovec 91, 42243Maruševec
Telefon: 042 625 768
Web : www.dvcarolija.hr
Mail : carolija@dvcarolija.hr
OIB : 37843971638
IBAN: PBZ HR942340009 1110933232

PODNOSITELJ ZAHTJEVA (RODITELJ ILI SKRBNIK)

IME I PREZIME:

ADRESA:

ZAHTJEV ZA UPIS DJETETA U OBVEZNI PROGRAM PREDŠKOLE

(PEDAGOŠKA GOD. 2022./2023.)

1. PODACI O DJETETU

IME		PREZIME	
OIB		SPOL	☐ M / Ž ☐ (ZAOKRUŽITI)
DRŽAVLJANSTVO		DAN/MJESEC/GODINA ROĐENJA	
MJESTO ROĐENJA		ADRESA STANOVANJA	
GRAD/OPĆINA		PRIJAVLJENO PREBIVALIŠTE	
POHAĐAO/LA SAM VEĆ VRTIĆ	☐ DA / NE ☐ (ZAOKRUŽITI)	IME I PREZIME LIJEČNIKA/PEDIJATRA TELEFONSKI BROJ LIJEČNIKA	
MATIČNI BROJ OSIGURANIKA (MBO)			

Adresa : Bikovec 91, 42243Maruševec
Telefon: 042 625 768
Web : www.dvcarolija.hr
Mail : carolija@dvcarolija.hr
OIB : 37843971638
IBAN: PBZ HR942340009 1110933232

2. RAZVOJNI STATUS DJETETA

(ZAOKRUŽITI)

☐ **1. UREDNA RAZVOJNA LINIJA**

☐ **2. DIJETE S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU**

i) Orijentacijska lista vrste teškoća (ZAOKRUŽITI, MOGUĆE VIŠE ODABIRA)

☐ (1) oštećenja vida
☐ (2) oštećenja sluha
☐ (3) poremećaji govorno–glasovne komunikacije i specifične teškoće u učenju
☐ (4) tjelesni invaliditet
☐ (5) intelektualne teškoće (sindromi…)
☐ (6) poremećaji u ponašanju uvjetovani organskim faktorima, ADHD
☐ (7) poremećaj socijalne komunikacije; poremećaj iz autističnog spektra; autizam
☐ (8) postojanje više vrsta i stupnjeva teškoća u psihofizičkom razvoju

ii) Dijagnostički postupak za utvrđivanje teškoća (ZAOKRUŽITI)

☐ (1) a)vještačenjem stručnog povjerenstva socijalne skrbi_____godine)
☐ (2) nalazom i mišljenjem specijalizirane ustanove
(KOJE)_____
☐ (3) nalazom i mišljenjem ostalih stručnjaka
(KOJIH)_____

iii) Rehabilitacijski postupak dijete je u tretmanu? **DA / NE** (ZAOKRUŽITI)

☐ (1) ustanove i vrste tretmana _____

☐ **3. DRUGE SPECIFIČNE RAZVOJNE POSEBNE POTREBE DJETETA**

(poremećaji s prkošenjem i suprotstavljanjem, poremećaj ophođenja, anksiozni poremećaj, depresivna stanja, tikovi, noćne more ili strahovi, fobije, neadekvatna privrženost, proživljeno traumatsko iskustvo, povučenost, sramežljivost, ispadi bijesa, agresija i drugo)

(KOJE) _____

☐ **4. POSEBNE ZDRAVSTVENE POTREBE DJETETA**

(alergije, kronična oboljenja, epy, astma, febrilne konvulzije i drugo)

(KOJE) _____

Adresa : Bikovec 91, 42243Maruševec
Telefon: 042 625 768
Web : www.dvcarolija.hr
Mail : carolija@dvcarolija.hr
OIB : 37843971638
IBAN: PBZ HR942340009 1110933232

3. PODACI O RODITELJIMA/ SKRBNICIMA,

MAJKA

IME		PREZIME	
DAN,MJESEC,GODINA ROĐENJA		MJESTO ROĐENJA	
OIB		DRŽAVLJANSTVO	
ADRESA STANOVANJA		GRAD/OPĆINA	
PRIJAVLJENO PREBIVALIŠTE			
KONTAKT TELEFON		E-MAIL	
ZAPOSLENA	☐ DA / NE ☐	NAZIV I ADRESA POSLODAVCA	
KONTAKT NA RADNOM MJESTU (TELEFON, E-MAIL)			
ZANIMANJE I STRUČNA SPREMA		RADNO VRIJEME	

OTAC

IME		PREZIME	
DAN,MJESEC,GODINA ROĐENJA		MJESTO ROĐENJA	
OIB		DRŽAVLJANSTVO	
ADRESA STANOVANJA		GRAD/OPĆINA	
PRIJAVLJENO PREBIVALIŠTE			
KONTAKT TELEFON		E-MAIL	
ZAPOSLEN	☐ DA / NE ☐	NAZIV I ADRESA POSLODAVCA	
KONTAKT NA RADNOM MJESTU (TELEFON, E-MAIL)			
ZANIMANJE I STRUČNA SPREMA		RADNO VRIJEME	

Adresa : Bikovec 91, 42243Maruševec
Telefon: 042 625 768
Web : www.dvcarolija.hr
Mail : carolija@dvcarolija.hr
OIB : 37843971638
IBAN: PBZ HR942340009 1110933232

4. PRILOŽENA DOKUMENTACIJA I POTPIS

(ZAOKRUŽITI)

OSNOVNA DOKUMENTACIJA

☐ **1.** RODNI LIST ILI IZVADAK IZ MATICE ROĐENIH ILI POTVRDA S PODACIMA O ROĐENJU DJETETA (BEZ OBZIRA NA DATUM IZDAVANJA ISPRAVE - KOPIJA)

☐ **2.** PRESLIKE OSOBNIH ISKAZNICA RODITELJA/SKRBNIKA

OSTALA DOKUMENTACIJA :

☐ 1. POTVRDU O OBAVLJENOM SISTEMATSKOM PREGLEDU KOD LIJEČNIKA OPĆE PRAKSE ILI PEDIJATRA

☐ 2. KOPIJA KNJIŽICE CIJEPLJENJA

PRIVOLA O DAVANJU SUGLASNOSTI NA KORIŠTENJE OSOBNIH PODATAKA

Sukladno Općoj uredbi o zaštiti podataka potpisom ovog Zahtjeva, smatra se da slobodno i izričito dajete privolu na prikupljanje i daljnje obrađivanje Vaših podataka i podataka Vašeg djeteta ustupljenih Dječjem vrtiću „Čarolija“, Bikovec, u upisanoj dokumentaciji u izričito navedene svrhe.

Prihvaćanjem ove Privole i unosom Vaših podataka , isti će biti obrađeni radi upisa u obvezni program predškole, te davanja podataka državnim tijelima sukladno Zakonu o predškolskom odgoju i obrazovanju (NN 10/97,107/07, 94/13) i odredbama nadležnog ministarstva, Pravilnika o upisu u osnovnu školu, te Centru za socijalnu skrb u slučaju potrebe ili zakonske obveze, osiguranja djeteta, putovanja djeteta, hitnim slučajevima vezanim za život i zdravlje Vašeg djeteta, te općinskim odnosno gradskim službama za društvene djelatnosti.

Svi podaci čuvaju se sukladno Zakonu o arhivskoj građi, no njihova obrada se vrši samo za vrijeme dok korisnik polazi program predškole vrtića, odnosno u slučaju pravnog postupka do okončanja istog ili u slučaju koji izričito propisuje zakon.

Vaši podaci o Vašem djetetu mogu se priopćavati trećim osobama samo u slučajevima izričito propisanim zakonom, a Vaše je pravo u bilo kojem trenutku u potpunosti ili djelomično opozvati ovu privolu.

IZJAVLJUJEM I VLASTORUČNIM POTPISOM POTVRĐUJEM DA SU PODACI NAVEDENI U OVOM ZAHTJEVU I PRILOŽENOJ DOKUMENTACIJI TOČNI I POTPUNI.

U _____, DANA _____20____.

POTPIS PODNOSITELJA ZAHTJEVA

_____