



DJEČJI VRTIĆ MARTINSKA VES
MARIJANA CELJAKA P/N 26, STRELEČKO
44000 SISAK
TEL: 044/ 635 – 712
MAIL: djecjivrtic@martinskaves.hr
OIB: 03010675025

ZAHTJEV ZA UPIS DJETETA U PROGRAM PREDŠKOLE

1. PODACI O DJETETU

Ime i prezime djeteta:		Spol:	M	Ž
Datum rođenja:	JMBG:	OIB:		
Adresa stanovanja:		Općina/grad		
Telefon (fiksni):		GSM (Mobitel):		

2. PODACI O RODITELJIMA

	MAJKA	OTAC
Ime i prezime		
Godina rođenja		
OIB		
Zanimanje i stručna sprema		
Radni status (<i>ne/zaposlen-a</i>)		
Poslodavac		
Telefon / mobitel		
E-mail		

Članovi zajedničkog kućanstva: _____

3. ZDRAVSTENI STATUS DJETETA

Vaše dijete je

- a) urednog razvojnog statusa
- b) dijete s teškoćama u razvoju, utvrđenim
 - vještačenjem stručnog povjerenstva socijalne skrbi _____ godine
 - nalazom i mišljenjem _____
- c) dijete s posebnim potrebama (alergije, posebna prehrana, kronična oboljenja, epy, astma, febrilne konvulzije, neurorizična djeca i dr.)

Koristi li Vaše dijete usluge?

- a) prof. rehabilitatora
- b) fizioterapeuta
- c) radnog terapeuta
- d) logopeda
- e) nikog od navedenih
- f) nekog drugog _____

Koje dječje bolesti je dijete preboljelo?

- a) vodene kozice
- b) ospice
- c) šarlah
- d) mumps
- e) drugo (što) _____

Za upis djece u program predškole uz Zahtjev prilaže se preslika rodnog lista.

Strelečko, _____

Potpis oba roditelja/skrbnika: _____