PODNOSITELJ ZAHTJEVA (roditelj ili skrbnik)

IME I PREZIME: _____

ADRESA: _____

ZAHTJEV ZAPRIMIO: _____

DATUM: _____

Z A H T J E V ZA U P I S D J E T E T A U <u>KRAĆI PROGRAM PREDŠKOLE</u>

D J E Č J I V R T I Ć VUKOVAR I

IME I PREZIME DJETETA_____ SPOL **M** / **Ž**
(ZAOKRUŽITI)

DATUM ROĐENJA _____ MJESTO ROĐENJA _____

ADRESA STANOVANJA _____ GRAD/OPĆINA _____

OIB | | | | | | | | | | | | DRŽAVLJANSTVO _____

PRIJAVLJENO PREBIVALIŠTE _____

RAZVOJNI STATUS DJETETA: (ZAOKRUŽITI)

A) uredna razvojna linija

B) dijete s teškoćama u razvoju

<u>Orijentacijska lista vrste teškoća</u> (ZAOKRUŽITI, MOGUĆE VIŠE ODABIRA)

a) oštećenja vida
b) oštećenja sluha
c) poremećaji govorno –glasovne komunikacije i specifične teškoće u učenju
d) tjelesni invaliditet
e) intelektualne teškoće (sindromi…)
f) poremećaji u ponašanju uvjetovani organskim faktorima, ADHD
g) poremećaj socijalne komunikacije; poremećaj iz autističnog spektra; autizam
h) postojanje više vrsta i stupnjeva teškoća u psihofizičkom razvoju

<u>Dijagnostički postupak za utvrđivanje teškoća</u> (ZAOKRUŽITI)

a) vještačenjem stručnog povjerenstva socijalne skrbi (_____ godine)
b) nalazom i mišljenjem specijalizirane ustanove (KOJE)_____
c) nalazom i mišljenjem ostalih stručnjaka (KOJIH) _____

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

ustanove i vrste tretmana _____

C) 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) _____

D) posebne zdravstvene potrebe djeteta (alergije, posebna prehrana, kronična oboljenja, epy, astma, febrilne konvulzije i drugo)

(KOJE) _____

PODACI O RODITELJIMA/SKRBNICIMA

MAJKA

IME _____ PREZIME _____

DAN, MJESEC I GODINA ROĐENJA _____ MJESTO ROĐENJA _____

OIB | | | | | | | | | | | | DRŽAVLJANSTVO _____

ADRESA STANOVANJA _____ GRAD/OPĆINA _____

PRIJAVLJENO PREBIVALIŠTE: ADRESA _____

KONTAKT: TELEFON, MOBITEL, E-MAIL _____

ZAPOSLENA **DA / NE** (ZAOKRUŽITI), NAZIV I ADRESA POSLODAVCA _____

KONTAKT NA RADNOM MJESTU: TELEFON, MOBITEL, E-MAIL _____

ZANIMANJE I STRUČNA SPREMA _____ RADNO VRIJEME _____

OTAC

IME _____ PREZIME _____

DAN, MJESEC I GODINA ROĐENJA _____ MJESTO ROĐENJA _____

OIB | | | | | | | | | | | | DRŽAVLJANSTVO _____

ADRESA STANOVANJA _____ GRAD/OPĆINA _____

PRIJAVLJENO PREBIVALIŠTE: ADRESA _____

KONTAKT: TELEFON, MOBITEL, E-MAIL _____

ZAPOSLEN **DA / NE** (ZAOKRUŽITI), NAZIV I ADRESA POSLODAVCA _____

KONTAKT NA RADNOM MJESTU: TELEFON, MOBITEL, E-MAIL _____

ZANIMANJE I STRUČNA SPREMA _____ RADNO VRIJEME _____

OSNOVNA DOKUMENTACIJA

1. RODNI LIST ILI IZVADAK IZ MATICE ROĐENIH (bez obzira na datum izdavanja isprave)
2. LIJEČNIČKA POTVRDA (Potvrdu o obavljenom sistematskom pregledu)

OSTALA DOKUMENTACIJA

1. za dijete koje ima specifične razvojne i/ili zdravstvene potrebe: relevantna dokumentacija za utvrđivanje navedenih potreba i statusa djeteta
2. za dijete s teškoćama u razvoju: nalaz i mišljenje tijela vještačenja ili rješenje Centra za socijalnu skrb o postojanju teškoće u razvoju djeteta
3. za dijete koje živi u iznimno teškim socijalnim i zdravstvenim prilikama: preporuka Centra za socijalnu skrb
4. roditelj na intervju donosi:Potvrdu o obavljenom sistematskom pregledu, Knjižicu cijepljenja na uvid

Izjavljujem i vlastoručnim potpisom potvrđujem da su podaci navedeni u ovom zahtjevu i priloženoj dokumentaciji točni i potpuni te ovlašćujem vrtić da iste ima pravo provjeravati, obrađivati, čuvati i koristiti u skladu sa Zakonom o zaštiti osobnih podataka i drugim važećim propisima, a u svrhu sklapanja i izvršenja ugovora o ostvarivanju odgovarajućeg programa predškolskog odgoja djeteta u vrtiću.
DJEČJI VRTIĆ ZADRŽAVA PRAVO RASPOREDA DJETETA U SKUPINE I OBJEKTE

U Vukovaru, dana _____ Potpis podnositelja zahtjeva _____