



DJEČJI VRTIĆ „KALNIČKI JAGLAC“  
 Kalnik, Trg Stjepana Radića 9, OIB 61571219526  
 Kontakt: 385 48 857 012, E-mail: [ravnatelj@kalnicki-jaglac.com.hr](mailto:ravnatelj@kalnicki-jaglac.com.hr)  
 Web: <https://kalnicki-jaglac.com.hr/>

## ZAHTJEV ZA UPIS DJETETA U PROGRAM PREDŠKOLE

1. IME I PREZIME DJETETA	
Datum i mjesto rođenja	
OIB	
Adresa	
Dijete je zdravstveno osigurano preko:	Majke / Oca / obvezno osigurano po sili zakona
Broj osigurane osobe na HZZO	
Ime djetetova liječnika	
2. IME I PREZIME MAJKE	
OIB	
Adresa	
Telefon/mobitel	
E-mail adresa	
Zanimanje i stručna sprema	
Zaposlena u	
Adresa poslodavca	
Telefon poslodavca	
Radno vrijeme	od                      do
3. IME I PREZIME OCA	
OIB	
Adresa	
Telefon/mobitel	
E-mail adresa	
Zanimanje i stručna sprema	
Zaposlen u	
Adresa poslodavca	
Telefon poslodavca	
Radno vrijeme	od                      do
4. BRAČNI STATUS (zaokružite):	a. vjenčani b. izvanbračna zajednica c. rastavljeni d. samohrani roditelj
5. IMENA I GODINA ROĐENJA OSTALE DJECE IZ OBITELJI koja polaze odgojno-obrazovni program Dječjeg vrtića „Kalnički jaglac“	1. _____ god. rođ. _____ 2. _____ god. rođ. _____ 3. _____ god. rođ. _____ ili zaokružite:            NP



DJEČJI VRTIĆ „KALNIČKI JAGLAC“

Kalnik, Trg Stjepana Radića 9, OIB 61571219526

Kontakt: 385 48 857 012, E-mail: [ravnatelj@kalnicki-jaglac.com.hr](mailto:ravnatelj@kalnicki-jaglac.com.hr)

Web: <https://kalnicki-jaglac.com.hr/>

<p>6. ČLANOVI ZAJEDNIČKOG DOMAČINSTVA (baka, djed, ostali članovi)</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>7. RAZVOJNI STATUS DJETETA (zaokružite):</p>	<p>1. Uredan</p> <p>2. Dijete je bilo uključeno ili je još uvijek uključeno u terapiju ili praćenje specijaliste (npr. fizijatar, neuropedijatar, logoped, rehabilitator, psiholog, fizioterapeut, stručnjak druge predškolske ustanove itd.)</p> <p>3. Dijete s teškoćama u razvoju:</p> <p>a) Dijagnostički postupak za utvrđivanje teškoća</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- vještačenjem stručnog povjerenstva socijalne skrbi ( _____ godine)</li> <li>- nalazom i mišljenje specijalizirane ustanove _____</li> <li>- nalazom i mišljenjem ostalih stručnjaka _____</li> </ul> <p>b) Rehabilitacijski postupak:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dijete nije u tretmanu</li> <li>- dijete je u tretmanu: _____</li> </ul>
<p>8. DIJETE JE REDOVITO CIJEPLJENO</p>	<p>DA / NE</p>
<p>9. IMA LI VAŠE DIJETE NEKU KRONIČNU BOLEST?</p>	<p>1. febrilne konvulzije</p> <p>2. alergije</p> <p>3. bolesti dišnog sustava</p> <p>4. bolesti mokraćnog sustava</p> <p>5. srčani problemi</p> <p>6. oštećenje vida/sluha</p> <p>7. tjelesni invaliditet</p> <p>8. ostalo:</p>
<p>10. PODCRTAJTE ILI DOPUNITE TVRDNJU KOJA SE ODNOSI NA VAŠE DIJETE:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>u prehrani</b> (slab apetit, odbijanje hrane, pretilost, potrebna pomoć pri hranjenju...)</li> <li>- <b>u spavanju</b> (isprekidan, nemiran san, mokrenje u snu...)</li> <li>- <b>u motorici</b> (pretjerana živost, umor, teškoće, nespretnost u kretanju...)</li> <li>- <b>u govoru</b> (loš izgovor pojedinih glasova, zamuckivanje, ubrzavanje u govoru, ponavljanje slogova ili riječi...)</li> <li>- <b>u ponašanju</b> (povučenost, plačljivost, pretjerana sramežljivost, osjetljivost, strah, tvrdoglavost, ljubomora, plašljivost, burna reakcija u ljutnji, agresivnost...)</li> <li>- <b>u obavljanju nužde</b> (samostalno, potrebna pomoć, pobjegne velika/mala nužda)</li> </ul>



DJEČJI VRTIĆ „KALNIČKI JAGLAC“  
Kalnik, Trg Stjepana Radića 9, OIB 61571219526  
Kontakt: 385 48 857 012, E-mail: [ravnatelj@kalnicki-jaglac.com.hr](mailto:ravnatelj@kalnicki-jaglac.com.hr)  
Web: <https://kalnicki-jaglac.com.hr/>

11. JE LI VAŠE DIJETE DO SADA POHAĐALO NEKU ODGOJNU USTANOVU (vrtić / jaslice / igraonica)  <i>Period prilagodbe je bio:</i>	<b>DA / NE</b> Ako da, KOJU? _____ U kojoj dobi? _____ a) težak b) bez problema c) male početne teškoće
12. KOJE IGRE VAŠE DIJETE NAJVIŠE VOLI?	_____ _____
<b>13. USPOSTAVLJA LI DIJETE LAKO KONTAKT S VRŠNJACIMA? DA / NE</b>	
MOLIMO VAS ZAOKRUŽITE JEDAN OD PONUĐENIH ODGOVORA (UKOLIKO SE ODNOSE NA VAS):	
Obitelj na području Općine Kalnik ima:	a) prebivalište (mjesto trajnog življenja) b) boravište (mjesto privremenog življenja)
Status samohranog roditelja ima	Majka / Otac / NP
Dijete je udomljeno/usvojeno	DA / NE
Skrbništvo nad djetetom ima	Majka / Otac / NP
14. MISLITE LI DA JE VAŠE DIJETE SPREMNO ZA POLAZAK U ŠKOLU? ZAŠTO?	_____ _____ _____
15. ŠTO OČEKUJETE OD PROGRAMA PREDŠKOLE?	_____ _____ _____

### Uz ovaj zahtjev potrebno je priložiti:

1. Izvadak iz matice rođenih ili rodni list djeteta (preslika, bez obzira na datum);
2. Preslike osobnih iskaznica oba roditelja/skrbnika ili potvrde o prebivalištu;
3. Kopiju iskaznice imunizacije i kopiju zdravstvene iskaznice djeteta;
4. Potvrdu nadležnog liječnika o obavljenom sistematskom zdravstvenom pregledu djeteta (*najkasnije neposredno prije početka pohađanja programa predškole*)

Ime, prezime i vlastoručni potpis podnositelja zahtjeva:

\_\_\_\_\_

*Podnositelj zahtjeva vlastoručnim potpisom potvrđuje da su podaci navedeni u ovom zahtjevu točni i potpuni te ovlašćuje vrtić da ima pravo provjeravati, obrađivati, čuvati i koristiti iste u skladu s Općom uredbom o zaštiti podataka i prema drugim važećim zakonskim propisima.*