**DJEČJI VRTIĆ „LATICA“ KLENOVNK**

**Klenovnik 32**

**42244 Klenovnik**

**TEL: 042/763 – 333**

**E-MAIL: vrtic.latica@gmail.com**

**ZAHTJEV**

**za upis djeteta u Dječji vrtić „Latica“ Klenovnik**

1. **Ime i prezime djeteta**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **Datumrođenja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
3. **Mjesto rođenja\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

Spol:**M/Ž**

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

**Zdravstveno osiguranje**

Ime i prezime i br. tel. djetetova pedijatra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Ime i prezime majke**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OIB:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zanimanje \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Stručna sprema : NKV , KV** , **VKV , SSS , VŠS , VSS**

Zaposlena u (naziv i adresa poslodavca, telefon):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**a)na odre eno vrijeme zaposlena**

**b)na neodređeno vrijeme zaposlena**

Radno vrijeme : od\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Broj mobitela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5.Ime i prezime oca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_OIB:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zanimanje \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Stručna sprema : NKV KV, VKV, SSS,VŠS,VSS**

Zaposlen u (naziv i adresa poslodavca, telefon)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **na odre eno vrijeme zaposlen**
2. **na neodređeno vrijeme zaposlen**

Radno vrijeme : od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Broj mobitela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **PODACI O VAŠOJ OSTALOJ DJECI**

**(ime i prezime, godina rođenja,** odgojno-obrazovna ustanova koju polazi)

* 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **PODACI O ZDRAVSTVENOM STANJU DJETETA**

Da li je dijete redovi**to cijepljeno?****DA /djelomično /NE**

Da li je **dijete bilo hospitalizirano? Zašto?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Kojeje zarazne bolesti do sada preboljelo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Zdravstveno stanje djeteta(alergije, kronična oboljenja, epilepsija, astma, febrilne konvulzije,oštećenjavida,sluha, neko drugo tjelesno oštećenje) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ukoliko je dijete bilo ili je još uvijek podvrgnuto terapiji ili je bilo na nekomspecifičnom pregledu/obradi/tretmanu, molimo Vas da priložite postojeću medicinskudokumentaciju (npr. nalaz i mišljenje logopeda, psihologa, liječnički nalaz i sl.)**

1. **ZAHTJEVU JE POTREBNO PRILOŽITI** 
   * + rodni list djeteta ili izvadak iz matice rođenih
     + presliku rodnih listova za svu djecu iz obitelji
     + originalnu potvrdu poslodavca o zaposlenju roditelja
     + dokaz o samohranom roditeljstvu (smrtni list ili izvadak iz matice umrlih ili nestalih, preslika izvatka iz matice rođenih za roditelja koji nije bio u braku, ostala dokumentacija koja dokazuje da roditelj sam skrbi o djetetu)
     + dokaz kojim se dokazuje da je roditelj žrtva ili invalid Domovinskog rata(rješenje o statusu invalida Domovinskog rata)
     + presliku rješenja o doplatku za djecu
     + fotokopiju osobne iskaznice za oba roditelja
     + liječničku potvrdu djetetovog pedijatra o redovitoj procijepljenosti djeteta
     + potvrda o prebivalištu ili boravištu djeteta

-ostale dokumente kojima se dokazuje prednost pri upisu (za dijete s teškoćama u razvoju – rješenje/nalaz i mišljenje jedinstvenog tijela vještačenja, ostala medicinska dokumentacija)

**Izjavljujem i vlastoručnim potpisom potvrđujem da su podatci navedeni u ovom Zahtjevu i priloženoj dokumentaciji točni. Ovlašćujem Vrtić da ima pravo iste provjeravati, obrađivati, čuvati i koristiti u skladu s Pravilniko**m **o obradi i zaštiti osobnih podataka u Dječjem v**r**tiću „Latica“ Klenovnik i drugim važećim propisima.**

U Klenovniku, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ godine

Potpis roditelja\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_