

ZAHTJEV ZA UPIS DJETETA

PODATCI O DJETETU	
Prezime:	
Ime:	
OIB:	
Spol:	<input type="checkbox"/> muško <input type="checkbox"/> žensko
Datum rođenja:	
Predškolač:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
Mjesto rođenja:	
Adresa stanovanja:	
Mjesto:	
Grad / Općina:	
Poštanski broj:	
Dijete je prohodalo:	<input type="checkbox"/> DA (upišite s koliko mjeseci: ____) <input type="checkbox"/> NE
Kontrola mokrenja:	<input type="checkbox"/> DA (upišite s koliko mjeseci: ____) <input type="checkbox"/> NE
Kontrola stolice:	<input type="checkbox"/> DA (upišite s koliko mjeseci: ____) <input type="checkbox"/> NE
Dijete je progovorilo:	<input type="checkbox"/> DA (upišite s koliko mjeseci: ____) <input type="checkbox"/> NE

VRTIĆ / PROGRAM	
Primarni vrtić:	
Program:	<input type="checkbox"/> jaslički <input type="checkbox"/> vrtićki 10-satni <input type="checkbox"/> vrtićki 6-satni <input type="checkbox"/> vrtićki 5-satni

Zamjenski vrtić:	
Program:	<input type="checkbox"/> jaslički <input type="checkbox"/> vrtićki 10-satni <input type="checkbox"/> vrtićki 6-satni <input type="checkbox"/> vrtićki 5-satni

MAJKA	
Prezime:	
Ime:	
OIB:	
Status zaposlenja:	<input type="checkbox"/> zaposlen <input type="checkbox"/> nezaposlen
Radno mjesto:	
Broj mobitela:	E-mail:

OTAC	
Prezime:	
Ime:	
OIB:	
Status zaposlenja:	<input type="checkbox"/> zaposlen <input type="checkbox"/> nezaposlen
Radno mjesto:	
Broj mobitela:	E-mail:

OBITELJSKI PODATCI

Broj djece u vrtiću:	
Broj djece u obitelji:	
Samohrani roditelj:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
Dijete živi u:	<input type="checkbox"/> zajednici s oba roditelja <input type="checkbox"/> u jednoroditeljskoj obitelji <input type="checkbox"/> u udomiteljskoj obitelji
Ime i prezime roditelja na kojeg će se upućivati uplatnica:	
Dječji doplatak:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE

POSEBNE POTREBE

Dijete s teškoćama u razvoju:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
Priložena liječnička dokumentacija:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
Opis teškoće:	

CIJEPLJENJE

Dijete redovito cijepljeno:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
Kontraindikacije za cijepljenje:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
Pedijatar:	

Izjavljujem da su svi podaci navedeni u ovom zahtjevu i priloženoj dokumentaciji točni i potpuni te sam suglasan/a da DV Cvrčak-Solin iste može obrađivati u svrhu provedbe upisa, za potrebe ostvarivanja prava i obveza korisnika usluga programa predškolskog odgoja i obrazovanja u vrtiću te za vođenje propisane pedagoške i zdravstvene dokumentacije djece u vrtiću, a sve sukladno Općoj Uredbi o zaštiti podataka (EU 2016/679) i Zakonu o provedbi Opće Uredbe o zaštiti podataka (NN br. 42/18).

POTPIS RODITELJA/SKRBNIKA/UDOMITELJA

BROJ OSOBNE ISKAZNICE

POTPIS RODITELJA/SKRBNIKA/UDOMITELJA

BROJ OSOBNE ISKAZNICE

VAŽNO: Obavezan je potpis oba roditelja, osim u slučaju samohranog roditeljstva ili duljeg izbivanja drugog roditelja (slučaj izbivanja drugog roditelja potrebno je pojasniti u Napomeni).

Napomena: