

DJEČJI VRTIĆ ISKRICA

E-mail: [vtic.lipovljani@gmail.com](mailto:vtic.lipovljani@gmail.com)

Ante Starčevića 1, Lipovljani

tel: 044 676 003

mob: 091/4400392

**ZAHTJEV ZA UPIS DJETETA a) DJEČJI VRTIĆ - poludnevni 5 satni program / b) PROGRAM PREDŠKOLE**

### 1. PODACI O DJETETU

Ime i prezime djeteta: \_\_\_\_\_

Datum rođenja: \_\_\_\_\_ mjesto rođenja \_\_\_\_\_

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

Jedinač:           da           ne                   braće: \_\_\_\_\_ sestara: \_\_\_\_\_

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

### 2. PODACI O RODITELJIMA

	MAJKA	OTAC
Ime i prezime		
OIB		
Zanimanje		
Stručna sprema		
Zaposlen/a u		
Adresa poslodavca	--	
Kontakt telefon		

Ostali članovi zajedničkog kućanstva: \_\_\_\_\_

### 3. ZDRAVSTVENI STATUS DJETETA

Koje zarazne bolesti je dijete preboljelo?

- a) vodene kozice           b) ospice           c) šarlah           d) mumps

Je li Vaše dijete ( potrebno zaokružiti):

- a) dijete s teškoćama u razvoju, utvrđenim :
- vještačenjem stručnog povjerenstva socijalne skrbi \_\_\_\_\_ godine
  - nalazom \_\_\_\_\_
- b) dijete s posebnim potrebama (alergije, posebna prehrana, kronična oboljenja, epy, astma, febrilne konvulzije, neurorizična djeca i dr.) \_\_\_\_\_
- c) ništa od navedenoga

Da li Vaše dijete koristi usluge?

- a) Logopeda           b) Defektologa           c) Fizioterapeuta

**DJEČJI VRTIĆ ISKRICA**

E-mail: [vertic.lipovljani@gmail.com](mailto:vertic.lipovljani@gmail.com)

**Ante Starčevića 1, Lipovljani**

tel: 044 676 003

mob: 091/4400392

d) Nešto drugo (navesti) \_\_\_\_\_

---

**4. ODABIR PROGRAMA**

Zahtjev podnosim za upis djeteta u sljedeći program (zaokružiti)

- a) Program predškole
- b) Poludnevni 5-satni program

U Lipovljanima, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

---

**UZ POPUNJENI ZAHTJEV OBAVEZNO PRILOŽITI:**

- 1. Izvadak iz matice rođenih ili rodni list djeteta (bez obzira na datum izdavanja)
  - 2. Liječnička potvrda o zdravstvenom stanju djeteta
- 

-