****

**REPUBLIKA HRVATSKA**

**SISAČKO-MOSLAVAČKA ŽUPANIJA**

**DJEČJI VRTIĆ BAMBI SUNJA**

**Matije Gupca 24, 44210 Sunja**

**Tel. 044-833-163**

**E-mail:** [vrtic.bambi@sunja.hr](mailto:vrtic.bambi@sunja.hr)

**UPISNICA DJETETA**

**PROGRAM PREDŠKOLE**

**PODACI O DJETETU**

1. Ime i prezime djeteta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Datum rođenja djeteta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. OIB djeteta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Broj zdravstvene iskaznice djeteta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Adresa stanovanja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Broj telefona \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MAJKA OTAC

1. Ime \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Godina rođenja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Stručna sprema \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Zanimanje \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Zaposlen u \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Broj mobitela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PODACI O OBITELJI DJETETA**

13. Obitelj čine (majka, otac, sestra, brat): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

14. Roditelji žive (zajedno / rastavljeni su): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

15. Koliko vremena dijete provodi s drugim roditeljem (ako su rastavljeni): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

16. Obitelj živi u: vlastitoj kući / podstanar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; koji je (suh, zračan, vlažan, podrumski): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

**NAVIKE I POTREBE VAŠEG DJETETA**

17. U zadovoljavanju potrebe za hranom vaše dijete:

a) osobito voli \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

b) odbija \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

18. Samostalno je kod jela u:

a) služenju žlicom, vilicom, nožem,

b) uzimanju napitaka (iz bočice, iz šalice),

c) žvakanju krute hrane.

19. U zadovoljavanju i kontroli fizioloških potreba vaše dijete je:

a) u pelenama,

b) pravodobno izvještava o potrebi vršenja nužde,

c) samostalno odlazi u WC.

20. Kod toga ima naviku:

a) brisanja guze,

b) puštanja vode iza obavljene nužde,

c) pranja ruku poslije obavljene nužde.

21. U zadovoljavanju osobne higijene samostalno je:

a) pri pranju ruku,

b) pri brisanju nosa,

c) pranju zubi.

22. U zadovoljavanju potreba za snom ima naviku:

a) noćni san od \_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_ sati,

b) uspavljuje se: samo zaspi / uz priču / glazbu / omiljenu igračku / drugačije \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

c) dnevni odmor od \_\_\_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sati

d) nema potrebe za odmorom.

23. Čime se najviše voli igrati: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

24. U društvu djece:

a) lako se uklapa

b) povučeno je, sramežljivo

c) više voli društvo odraslih

d) dolazi u sukobe

**ZDRAVSTVENI STATUS DJETETA**

25. Koje zarazne bolesti je dijete preboljelo:

a) vodene kozice b) ospice

c) šarlah d) mumps

26. Trudnoća je bila: normalna / rizična

27. Liječnik vašeg djeteta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

28. Da li je dijete boravilo u bolnici: \_\_\_\_\_\_\_ ; ako "da" navesti zašto, u kojoj dobi, koliko dugo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

29. Da li je vaše dijete:

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) nešto drugo od navedenog: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

30. Da li vaše dijete koristi usluge:

a) logopeda b) fizioterapeuta

c) defektologa d) nikoga od navedenog \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

31. Zdravstveno stanje ostalih članova obitelji (navesti teža oboljenja):

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

32. Želite li nešto važno reći o svom djetetu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

**Sunja, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_. god.**

PODATKE DAO: RAVNATELJICA

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

(potpis) Ivana Lisec

DOKUMENTACIJA:

* Preslika rodnog lista, izvoda iz matične knjige rođenih ili potvrda o rođenju
* Potvrda o prebivalištu ili osobna iskaznica (djeteta i roditelja)
* Preslika domovnice
* Kopija zdravstvene iskaznice i i presliku iskaznice imulzije kao dokaz procijepljenosti djeteta sukladno zakonskim propisima
* Lječnička potvrda (ne starija od mjesec dana prije polaska u program predškole)
* Presliku medicinske dokumentacije koja potvrđuje posebnu zdravstvenu potrebu ili teškoću u razvoju