

Dan prijema: _____
Zaprimila: _____
Vrsta programa: _____

PODACI O DJETETU

Dijete živi u (zaokružite): a) obiteljskoj kući b) stanu c) podstanari

e-mail: _____

ZDRAVSTVENO STANJE DJETETA (zaokružite i navedite odgovor-e)

a) dijete s teškoćama u razvoju, utvrđenim:

- vještačenjem stručnog povjerenstva socijalne skrbi _____ godine,
- nalazom: psihologa, neuropedijatra, logopeda, ili _____

b) dijete ima posebne potrebe (alergija na _____, posebna hrana, kronična oboljenja _____, epilepsija, astma, febrilne konvulzije, _____)

c) nešto drugo - navedi _____

ZDRAVSTVENO STANJE OSTALIH ČLANOVA OBITELJI (zaokružite i/ili navedite)

- posttraumatski stresni poremećaj (PTSP), alkoholizam, neko drugo psihičko oboljenje, tjelesni invaliditet, kronične bolesti, astma, _____

VRSTE PROGRAMA (zaokružite željeni program):

1. PREDŠKOLA

2. MJEŠOVITA SKUPINA

Izjavljujem i vlastoručnim potpisom potvrđujem da su podaci navedeni u ovom zahtjevu i priloženoj dokumentaciji točni te ovlašćujem Vrtić da iste ima pravo provjeravati, obrađivati i koristiti u skladu sa Zakonom o zaštiti osobnih podataka i drugim važećim propisima, a u svrhu sklapanja i izvršenja ugovora o ostvarivanju odgovarajućeg programa predškolskog djeteta u vrtiću.

ZAHTEJUV PRILAŽEM (zaokružiti/obilježiti):

1. Presliku Rodnog lista ili Izvatka iz matice rođenih za dijete te ostalu malodobnu djecu (ukoliko ih je troje ili više u obitelji),
2. Preslike osobnih iskaznica roditelja,
3. Preslike Uvjerenja o prebivalištu ili boravišta djeteta i roditelja, udomitelja odnosno skrbnika, ne starije od mjesec dana (za roditelje čija je adresa prebivališta različita od adrese boravišta),
4. Preslike medicinsku dokumentacije (za djecu s teškoćama u razvoju i posebnim potrebama),
5. Potvrda o podacima evidentiranim u matičnoj evidenciji Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje, elektronički zapis ne stariji od mjesec dana do dana podnošenja zahtjeva,
6. Presliku cijepne iskaznice djeteta,
7. Preslika dokaza o činjenicama bitnima za ostvarivanje prednosti pri upisu:
 - a) za djecu s teškoćama u razvoju i kroničnim bolestima prilaže se preslika nalaza i mišljenja tijeka vještačenja, Rješenje Centra za socijalnu skrb o postojanju teškoća u razvoju djeteta ili Potvrda izabranog pedijatra ili obiteljskog liječnika da je razmjer teškoće u razvoju ili kronične bolesti okvirno u skladu s listom oštećenja funkcionalnih sposobnosti.
 - b) za djecu koja žive u iznimno teškim socijalnim i zdravstvenim prilikama prilaže se Rješenje o priznanju prava na zajamčenu minimalnu naknadu ili Rješenje o proiznanju prava

na zajamčenu minimalnu naknadu ili Rješenje o priznanju prava na status roditelja njegovatelja, odnosno Potvrde Centra za socijalnu skrb kojom se dokazuje isto.

c) Rješenje o invalidnosti (za žrtve i invalide Domovinskog rata)

d) Rješenje o dječjem doplatku

Liječničku potvrdu (**donosite je prvi dan polaska djeteta u vrtić – ne smije biti starija od mjesec dana**)

Vrtić ima pravo zatražiti originalne dokumente. U slučaju neistinitog odgovaranja vrtić zadržava pravo promjene ugovora.

Nepotpuna te dokumentacija dostavljena nakon isteka propisanog roka naznačena u Oglasu neće se razmatrati!

PREDAJOM ZAHTJEVA DIJETE NIJE UPISANO U DJEČJI VRTIĆ – DIJETE JE UPISANO U VRTIĆ U TRENUTKU KAD RODITELJ POTPIŠE UGOVOR S DJEČJIM VRTIĆEM.

DJEČJI VRTIĆ ZADRŽAVA PRAVO RASPOREDA DJETETA U ODGOJNO-OBRAZOVNE SKUPINE

Sve obavijesti u vezi upisa mogu se dobiti na telefon broj: 031/681-400, svakog radnog dana u vremenu od 8,00 do 14,00 sati ili na email adresu: info@vrtic-tinitlinic-koska.hr

U Koški, _____ 2024. godine.

POTPIS RODITELJA:
