



Vatroslava Jagića 13.
42 223 Varaždinske Toplice
Mob: 099/ 330 - 7000

E – mail: verticarobnoogledalce@gmail.com

Z A H T J E V ZA UPIS DJETETA U DJEČJI VRTIĆ „ČAROBNO OGLEDALCE“

Podnosim zahtjev za upis djeteta u redoviti 10-satni program.

Ime i prezime djeteta: _____

Dan, mjesec i godina rođenja: _____ Mjesto rođenja: _____

Spol: M / Ž Državljanstvo: _____ OIB: _____ JMBG: _____

Adresa stanovanja _____

Prijavljeno prebivalište - adresa _____

Grad/općina _____

Županija _____

Kontakt telefon: _____ mobitel: _____

e-mail: _____

DJEČJI VRTIĆ „ČAROBNO OGLEDALCE“ će provoditi i kraće programe kojima roditelj može dodatno obogatiti redoviti program svog djeteta (igraonica njemačkog jezika, sportsko – plesna igraonica)

Ukoliko želite dodatno obogatiti redovni program svoga djeteta , molimo označite X –om

IME I PREZIME MAJKE:

Datum rođenja _____

Državljanstvo _____

OIB _____

Adresa stanovanja _____

Prijavljeno prebivalište – adresa _____

Grad/općina _____

Županija _____

Zanimanje i stručna sprema: _____

Zaposlena (naziv i adresa poslodavca, telefon, mobitel, e mail) _____

Radno vrijeme _____

Da li je majka samohrana? DA NE

IME I PREZIME OCA:

Datum rođenja _____

Državljanstvo _____

OIB _____

Adresa stanovanja _____

Prijavljeno prebivalište - adresa _____

Grad/općina _____

Županija _____

Zanimanje i stručna sprema _____

Zaposlen (naziv i adresa poslodavca, telefon, mobitel, e-mail) _____

Radno vrijeme _____

Da li je otac samohran? DA NE

IME, PREZIME I DATUM ROĐENJA VAŠE OSTALE MALODOBNE DJECE, PRIJAVLJENO PREBIVALIŠTE:

- 1) _____, rođen-a _____, prebivalište _____
- 2) _____, rođen-a _____, prebivalište _____
- 3) _____, rođen-a _____, prebivalište _____
- 4) _____, rođen-a _____, prebivalište _____
- 5) _____, rođen-a _____, prebivalište _____

RAZVOJNI STATUS DJETETA:

a) uredna razvojna linija

b) dijete s teškoćama u razvoju:

c) dijagnostički postupak za utvrđivanje teškoća:

vještačenjem stručnog povjerenstva socijalne skrbi (_____ godine)

nalazom i mišljenjem specijalizirane ustanove _____

nalazom i mišljenjem ostalih stručnjaka _____

REHABILITACIJSKI POSTUPAK:

- Dijete nije u tretmanu
- Dijete je u tretmanu specijalizirane ustanove _____
- Dijete je u tretmanu _____
- Druge specifične razvojne i/ili zdravstvene potrebe djeteta (ALERGIJE, POSEBNA PREHRANA, KRONIČNA OBOLJENJA, EPY, ASTMA, DIJABETES, FEBRILNE KONVULZIJE I DR.)

Dijete je pohađalo neki od dječjih vrtića na području Grada Varaždinske Toplice ili Varaždinske Županije? DA NE

Ako jeste , koji? _____

(VAŽNA OBAVIJEST ZA RODITELJE - Gradski, vjerski ili privatni vrtići programski su umreženi u E-maticu. Ukoliko je dijete upisano u neki od navedenih vrtića , obvezni ste zatražiti u matičnom vrtiću ispis djeteta kako bi ga mogli uvesti u E- maticu Vama željenog vrtića)

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

(Potpis roditelja)

PRILOZI ZAHTJEVU:

1. Domovnica- kopija
2. Rodni list ili izvadak iz matice rođenih ili potvrda s podacima o rođenju djeteta (bez obzira na datum izdavanja isprave)
3. Uvjerenje o mjestu prebivališta djeteta, te preslike osobnih iskaznica roditelja
4. Potvrda liječnika – pedijatra o obavljenom sistematskom pregledu djeteta njegovom polasku u vrtić
5. Iskaznica imunizacije - kopija

OBRAZAC ZA INICIJALNI INTERVJU
PODACI O DOSADAŠNJEM RAZVOJU I PSIHOFIZIČKOM STANJU DJETETA

Poštovani roditelji,

Polazak u jaslice / vrtić velika je promjena u životu djeteta i roditelja. Uloga Vrtića je osigurati sigurno i poticajno okruženje u kojem se dijete može, s obzirom na svoje potrebe i mogućnosti, razvijati. Kako bismo bili što spremniji za naš prvi susret molimo Vas da ispunite priloženi obrazac u kojem se nalaze pitanja vezana za dosadašnje uvjete života djeteta, njegovo psihofizičko stanje te potrebe, navike, mogućnosti.

Molimo da ovaj upitnik ispunite i **dostavite pri upisu djeteta**. Dobiveni podaci omogućit će nam **kvalitetniju pripremu** za ulazak i boravak Vašeg djeteta u vrtiću. Na inicijalnom razgovoru kod upisa i Vi ćete biti u prilici saznati sve što Vas zanima o samom Vrtiću i procesu prilagodbe.

Trudnoća je bila NORMALNA / RIZIČNA (obavezno mirovanje, lijekovi i sl.)

Porod PRIJEVREMEN / NA VRIJEME / ZAKAŠNJELI / NORMALAN / TEŽAK / DUGOTRAJAN / CARSKI REZ / drugo

POROĐAJNA TEŽINA / DUŽINA _____
STANJE DJETETA PRI PORODU bez osobitosti / asfiksija (gubitak kisika) / žutica / iščašenje / moždano krvarenje / drugo _____ **APGAR:** _____

Dijete je preboljelo neke BOLESTI DA NE

Ako da koje? _____

Boluje li dijete od nekih kroničnih bolesti ili tegoba? NE DA

Ako da, od kojih? _____

Alergije: NE DA

Ako da, od kojih? _____

Febrilne konvulzije (kočenje pri temperaturi): NE DA

Problemi s vidom, sluhom ili neko drugo tjelesno oštećenje: _____

Da li se dijete ikada ozbiljnije ozlijedilo da je bila potrebna liječnička pomoć? NE DA

Ako DA – kada i što se dogodilo? _____

APETIT DJETETA: DOBAR / VARIJABILAN / LOŠ / PRETJERAN

Jede: SAMOSTALNO / SAMOSTALNO, ALI POTREBNO GA JE DOHRANITI / NESAMOSTALNO

Odbija jesti: _____; **Jako voli jesti:** _____

Obredi kod hranjenja su: _____

Pije: KORISTI BOČICU / KORISTI ČAŠU UZ POMOĆ ODRASLIH / KORISTI ČAŠU SAMOSTALNO

PELENE: NE TREBA / TREBA STALNO / PRILIKOM SPAVANJA /

Odvikavanje od pelena: JOŠ NIJE POČELO / POČELO JE S _____ MJESECI / ZAVRŠILO JE S _____ MJESECI

Samostalnost pri odlasku na wc: SAMO ODE NA WC / TRAŽI DA GA SE ODVEDE NA WC / TREBA GA PODSJETITI NA OBAVLJANJE NUŽDE / TREBA POMOĆ PRI OBAVLJANJU NUŽDE (oblačenje, svlačenje, brisanje)

Stolica: REDOVITA / NEREDOVITA / drugo: _____

USPAVLJUJE SE : SAMO / UZ PRISUTNOST BLISKE OSOBE / TREBAJU MU DUDA, IGRAČKA / nešto drugo, opišite

Spava: MIRNO / NEMIRNO / BUDI SE / nešto drugo, opišite _____

Tijekom dana spava: NE DA, od _____ do _____ sati, i od _____ do _____ sati

SAMOSTALNO HODA (bez pridržavanja) s _____ mjeseci

PUŽE

NE HODA

GOVOR : ODGOVARA DOBI / IMA TEŠKOĆE IZGOVORA KOJE? _____
GOVORI /MALO I NERADO / VRLO JE PRIČLJIVO

KOD DJETETA PRIMJEĆUJETE (podcrtajte primijećeno ponašanje):

ŠKRIPANJE ZUBIĆIMA (osobito u snu) / GRICKANJE NOKTIJU / ČESTO ČUPKANJE KOSE / SISANJE
PRSTA/ČESTO GURANJE RUKE U USTA / ČESTO KOPANJE NOSA / MASTURBACIJU/ RITMIČKO LJULJANJE
GLAVOM ILI TIJELOM /
drugo: _____

TVRDOGLAVOST	ČESTO	RIJETKO	NIKADA
PLAČLJIVOST	ČESTO	RIJETKO	NIKADA
AGRESIVNOST	ČESTO	RIJETKO	NIKADA
PRETJERANI NEMIR	ČESTO	RIJETKO	NIKADA
PLAŠLJIVOST	ČESTO	RIJETKO	NIKADA
POTIŠTENOST	ČESTO	RIJETKO	NIKADA

Čega se boji? _____

Koja vas osobina djeteta najviše veseli ? _____

Koja vas osobina djeteta najviše brine? _____

Uočavate li osobinu, sposobnost ili interes Vašeg djeteta po kojem se izdvaja od većine djece?

Mišljenja ste da je teško biti dobar roditelj? DA NE

Zašto? _____

Tko najviše vremena provodi s djetetom? _____

Je li dijete ikada odvajano od roditelja na 2-3 dana i/ili više? Ako DA-kada, s kim je boravilo i kako je
podnijelo odvajanje? _____

Je li nedavno bilo izloženo nekom stresnom događaju ili situaciji (boravak u bolnici, preseljenje, razvod ...)?

Koje igračke i igre osobito voli? _____

Ima li obaveznu igračku ili predmet od kojeg se ne odvaja? _____

(Ime i prezime roditelja podnositelja zahtjeva)

_____ OIB: _____

(Adresa prebivališta)

Telefon: _____

SUGLASNOST RODITELJA / SKRBNIKA

Suglasan/na sam da moje dijete :

_____,
(ime i prezime djeteta)

(datum i god. rođenja)

(odgojna skupina)

- Stručni djelatnici dječjeg vrtića „Čarobno ogledalce“ mogu u slučaju povrede ili neke druge promjene zdravstvenog stanja zaštititi odgovarajućim mjerama (prema protokolima ponašanja u određenim situacijama dostupnim na uvid roditelju) kako bi se dijete zbrinulo na stručan i siguran način
- odgovarajućim metodama i postupcima dokumentiranja od strane stručnog osoblja vrtića u svrhu boljeg uvida u razvoj djeteta, njegovih mogućnosti, sposobnosti i odgojno-obrazovnog rada u cjelini.

Imenovani materijali bi se koristili za prezentaciju rada s djecom u slijedećim prilikama:

- foto zapisi djece u aktivnostima i druženjima na kutićima za roditelje
 - foto i video zapisi, kao uvid roditeljima u rad djece u skupini, na roditeljskim sastancima
 - promocija i promidžba dječjeg vrtića putem plakata sa foto zapisima (npr. prezentacija rada na projektu), izložbe dječjih likovnih radova ili korištenje video zapisa određenih odgojnih situacija na različitim stručnim i znanstvenim manifestacijama
 - foto i video zapisi rada s djecom u svrhu uvida odgajatelja u vlastiti rad te promišljanje odgojno-obrazovne prakse na timskim planiranjima unutar vrtića
- Dijete vrtićke dobi (5 – 7 god.) može organizirano odlaziti na razna događanja izvan prostora vrtića (POSJETE, IZLETI, KAZALIŠTA i slično) u pratnji odraslih stručnih osoba iz vrtića, a koja služe u edukativne i zabavne svrhe za dijete te će roditelji o tome biti pravovremeno obaviješteni najmanje 24h prije odlaska pismenim (preko oglasne ploče) i usmenim putem.

PREDVIĐENO VRIJEME BORAVKA DJETETA U OKVIRU 10 SATNOG PROGRAM

- Vrijeme jutarnjeg dolaska djeteta u vrtić: _____
- Vrijeme odlaska djeteta iz vrtića: _____

DIJETE ĆE DOVODITI U/ ODVODITI IZ VRTIĆA _____,

Punoljetne osobe koje ovlašćujem da u slučaju moje spriječenosti mogu preuzeti dijete iz vrtića

1. _____ iz _____
(ime i prezime osobe) (adresa osobe)
2. _____ iz _____
(ime i prezime osobe) (adresa osobe)
3. _____ iz _____
(ime i prezime osobe) (adresa osobe)

POTVRĐUJEM :

- Da je ovlaštena osoba upoznata i suglasna s mogućom potrebom predočavanja osobne iskaznice (identifikacijom) ukoliko je stručna osoba zatraži.
- Da je ovlaštena osoba starija od 18 godina (prema obiteljskom zakonu)

Svojim vlastoručnim potpisom potvrđujem da imenovane osobe ispunjavaju navedeni uvjet.

U _____, _____