



ustanove i vrste tretmana \_\_\_\_\_

**C) druge specifične razvojne posebne potrebe djeteta** (poremećaj ophođenja, anksiozni poremećaj, depresivna stanja, tikovi, noćne more ili strahovi, fobije, neadekvatna privrženost, proživljeno traumatsko iskustvo, povučenos, sramežljivost, ispadi bijesa, agresija i drugo)

(KOJE) \_\_\_\_\_

**D) posebne zdravstvene potrebe djeteta** (alergije, posebna prehrana, kronična oboljenja, epy, astma, febrilne konvulzije i drugo)

(KOJE) \_\_\_\_\_

**PODACI O RODITELJIMA / SKRBNICIMA**

**MAJKA**

IME \_\_\_\_\_ PREZIME \_\_\_\_\_

DAN, MJESEC I GODINA ROĐENJA \_\_\_\_\_ MJESTO ROĐENJA \_\_\_\_\_

OIB 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 DRŽAVLJANSTVO \_\_\_\_\_

ADRESA STANOVANJA \_\_\_\_\_ GRAD/OPĆINA \_\_\_\_\_

PRIJAVLJENO PREBIVALIŠTE: ADRESA \_\_\_\_\_

KONTAKT: TELEFON, MOBILTEL, E-MAIL \_\_\_\_\_

ZAPOSLENA **DA / NE** (ZAKRUŽITI), NAZIV I ADRESA POSLODAVCA \_\_\_\_\_

KONTAKT NA RADNOM MJESTU: TELEFON, MOBILTEL, E-MAIL \_\_\_\_\_

ZANIMANJE I STRUČNA SPREMA \_\_\_\_\_ RADNO VRIJEME \_\_\_\_\_

**OTAC**

IME \_\_\_\_\_ PREZIME \_\_\_\_\_

DAN, MJESEC I GODINA ROĐENJA \_\_\_\_\_ MJESTO ROĐENJA \_\_\_\_\_

OIB 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 DRŽAVLJANSTVO \_\_\_\_\_

ADRESA STANOVANJA \_\_\_\_\_ GRAD/OPĆINA \_\_\_\_\_

PRIJAVLJENO PREBIVALIŠTE: ADRESA \_\_\_\_\_

KONTAKT: TELEFON, MOBILTEL, E-MAIL \_\_\_\_\_

ZAPOSLEN **DA / NE** (ZAKRUŽITI), NAZIV I ADRESA POSLODAVCA \_\_\_\_\_

KONTAKT NA RADNOM MJESTU: TELEFON, MOBILTEL, E-MAIL \_\_\_\_\_

ZANIMANJE I STRUČNA SPREMA \_\_\_\_\_ RADNO VRIJEME \_\_\_\_\_

**PODACI O MALODOBNOJ DJECI**

**Ostala malodobna djeca**

1. IME \_\_\_\_\_ PREZIME \_\_\_\_\_ OIB: \_\_\_\_\_

DAN, MJESEC I GODINA ROĐENJA \_\_\_\_\_

PRIJAVLJENO PREBIVALIŠTE: ADRESA \_\_\_\_\_

2. IME \_\_\_\_\_ PREZIME \_\_\_\_\_ OIB: \_\_\_\_\_

DAN, MJESEC I GODINA ROĐENJA \_\_\_\_\_

PRIJAVLJENO PREBIVALIŠTE: ADRESA \_\_\_\_\_

Izjavljujem i vlastoručnim potpisom potvrđujem da su podaci navedeni u ovom zahtjevu i priloženoj dokumentaciji točni i potpuni te ovlašćujem dječji vrtić da iste ima pravo provjeravati, obrađivati, čuvati i koristiti u skladu sa Zakonom o provedbi Opće uredbe o zaštiti podataka (NN 42/18) i Općom uredbom o zaštiti podataka (GDPR) te drugim važećim propisima, a u svrhu sklapanja i izvršenja ugovora o ostvarivanju odgovarajućeg programa predškolskog odgoja djeteta u dječjem vrtiću.

#### IZJAVA /PRIVOLA RODITELJA

Svojim potpisom dajem izjavu/privolu da Dječji vrtić Čarobno ogledalce u svrhu promicanja rada vrtića 1. prikuplja i obrađuje fotografije, audio i video zapise djeteta nastale u sklopu odvijanja odgojno-obrazovnog programa

2. Objavljuje fotografije, audio i video zapise Vašeg djeteta nastale u sklopu odvijanja odgojno-obrazovnog programa na internetskoj stranici vrtića i vrtićkim publikacijama te u sklopu prezentacija na stručnim skupovima 3. Šalje radove djeteta na natječeje i izložbe

4. Svi radovi, fotografije, audio i video zapisi Vašeg djeteta nastali u sklopu odvijanja odgojno-obrazovnog programa budu objavljene u tiskanim i elektroničkim medijima Prihvatanjem ove Izjave/privole smatra se da slobodno i izričito dajete privolu u svrhe koje su ovdje izričito navedene.

Sve ove podatke vrtić će čuvati prema Pravilniku i Popisu arhivskog i registraturnog gradiva vrtića. Radi se o dobrovoljnom davanju podataka te ovu Izjavu/privolu niste dužni prihvatiti. Napominjemo da možete u svako doba, u potpunosti ili djelomice, bez objašnjenja odustati od dane izjave /privole.

#### IZJAVA / PRIVOLA RODITELJA

DIJETE ĆE DOVODITI U / ODVODITI IZ VRTIĆ/A:

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

1. \_\_\_\_\_ (ime i prezime osobe)
2. \_\_\_\_\_ (ime i prezime osobe)
3. \_\_\_\_\_ (ime i prezime 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

U Varaždinskim Toplicama, dana \_\_\_\_\_ Potpis podnositelja zahtjeva \_\_\_\_\_

PRILOZI ZAHTJEVU:

1. Potvrda liječnika – pedijatra o obavljenom sistematskom pregledu djeteta
2. Preslika knjižice imunizacije