

Dječji vrtić Kapljica
Potočna 4, Poljanica Bistranska
10 298 Donja Bistra
tel. 01/3390-022 fax. 01/3390-062
e-mail: djecji.vrtic.kapljica@zg.t-com.hr
www.vrtic-kapljica.hr

Zaprimljeno:

ZAHTEV za upis djeteta u Dječji vrtić Kapljica

1. Ime i prezime djeteta: _____

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

Spol: M – Ž Državljanstvo: _____ OIB: _____

Adresa stanovanja: _____

Kontakt telefon: _____, mobitel: _____, e-mail: _____

Prijavljeno prebivalište – grad/općina _____ županija _____

2. Da li je majka – otac samohran – a: DA - NE

3. Da li majka – otac ima rješenje o korištenju roditeljskog dopusta ili drugog prava iz

Zakona o roditeljskim potporama ("Narodne novine" br. 85/08.). DA - NE

4. Ime i prezime majke: _____

Kontakt mobitel: _____

Prijavljeno prebivalište – grad/općina _____ županija _____

Zanimanje i stručna sprema: _____

Zaposlena /naziv i adresa poslodavca, telefon, mobitel, e-mail/: _____

Radno vrijeme: _____

5. Ime i prezime oca: _____

Kontakt mobitel: _____

Prijavljeno prebivalište – grad /općina _____ županija _____

Zanimanje i stručna sprema: _____

Zaposlen /naziv i adresa poslodavca, telefon, mobitel, e-mail/: _____

Radno vrijeme: _____

6. Ime i godina rođenja vaše ostale djece, odgojno – obrazovna ustanova koju polaze:

1. _____, rođen-a _____, polazi _____
2. _____, rođen-a _____, polazi _____
3. _____, rođen-a _____, polazi _____
4. _____, rođen-a _____, polazi _____
5. _____, rođen-a _____, polazi _____

7. Članovi zajedničkog domaćinstva (baka, djed, ostali članovi) _____

8. Razvojni status djeteta: a) uredna razvojna linija,

b) dijete s teškoćama u razvoju:

b1/. Dijagnostički postupak za utvrđivanje teškoća:

- vještačenjem stručnog povjerenstva socijalne skrbi (_____ godine)
- nalazom i mišljenjem specijalizirane ustanove _____
- nalazom i mišljenjem ostalih stručnjaka _____

b2/. Rehabilitacijski postupak:

- dijete nije u tretmanu (zaokružiti)
- dijete je u tretmanu specijalizirane ustanove _____
- dijete je u tretmanu _____

9. Zdravstveno stanje djeteta (alergije, posebna prehrana, kronična oboljenja, epilepsija, astma, febrilne konvulzije i dr. _____

10. Da li je dijete već pohađalo jaslice ili dječji vrtić DA - NE

Naziv dječjeg vrtića _____

12. Zahtjev za upis predan je u sljedeće dječje vrtiće: _____

PRILOZI ZAHTJEVU:

1. Preslika rodnog lista djeteta ili izvotka iz matice rođenih,
2. Uvjerenje MUP-a o prebivalištu djeteta i oba roditelja, ne starije od 6 mjeseci,
3. Preslike osobnih iskaznica oba roditelja / samohranog roditelja,
4. Potvrde o zaposlenju oba roditelja/samohranog roditelja, ne starije od 6 mjeseci, ili potvrda o redovitom školovanju (ukoliko se roditelji školuju),
5. Potvrde općina/gradova prema prebivalištu korisnika:
 - Potvrdu o podmirenim obvezama korisnika prema općini Bistra izdanu u općini Bistra,
 - Potvrda o sufinanciranju Gradskog ureda za obrazovanje, kulturu i sport grada Zagreba,
6. Preslike ostalih dokumenata kojima se dokazuje neka od prednosti pri upisu:
 - Preslika Rješenja da je roditelj djeteta žrtva ili invalid Domovinskog rata,
 - Preslike izvotka iz matične knjige rođenih ili rodnog lista ostale djece,
 - Preslika medicinske dokumentacije djeteta koja potvrđuje posebne potrebe u rastu i razvoju djeteta,
 - Preslika Rješenja o skrbništvu za samohrane roditelje,
 - Preslika Rješenja o skrbništvu za uzdržavanu djecu,
 - Preslika Rješenja da je roditelj djeteta korisnik doplataka za dijete.
7. Ostalo: _____

**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.*

Mjesto i datum: _____

(Potpis roditelja/skrbnika)