**Podaci o djetetu (ispunjava roditelj)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Opći podaci:** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ime i prezime djeteta:** | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Spol** | M | Ž | **Datum i mjesto rođenja:** | | | | |  | | | | | | | |
| **OIB** |  | | **Adresa stanovanja:** | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Podaci o roditeljima:** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Otac** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ime i prezime:** | | |  | | | | | | | | **Godina rođenja:** | | |  | |
| **Zanimanje** | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Stručna sprema**  **(zaokružite ili boldajte)** | | |  | Bez OS | | OS | | | SSS | | | VŠS | VSS | | Doktorat |
| **Majka** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ime i prezime:** | | |  | | | | | | | | **Godina rođenja:** | | |  | |
| **Zanimanje** | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Stručna sprema**  **(zaokružite ili boldajte)** | | |  | Bez OS | | OS | | | SSS | | | VŠS | VSS | | Doktorat |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Bračno stanje roditelja:** | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Dijete živi s:** | | | 1. **S oba roditelja ili b) s \_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | |
| **Je li netko u obitelji (do djedova i baka djeteta) boluje od nekih kroničnih bolesti (zaokružite)** | | | | | | | | | | | | | | | |
| NE | | | | | | | **DA**  **(navedite tko i koje bolesti)** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Kontakt roditelja** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Telefon:** | |  | | | | | **e-mail:** | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Škola u koju se dijete upisuje:** | | | | |  | | | | | | | | | | |

**Iz anamneze**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Prvi zubići:**  (s koliko mjeseci) | |  | | | | | **Sjedi:**  (s koliko mjeseci) | | | |  | | | | **Prve riječi:**  (s koliko mjeseci) | | |  | | | **Prohodalo:**  (s koliko mjeseci) | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Prestalo koristiti pelene:**  (s koliko mjeseci) | | | | | |  | | | | | **Pohađa Dječji vrtić:**  (s koliko godina) | | | | | | |  | | | **Ne pohađa Dječji vrtić:**  (zaokružite) | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Prehrana** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dnevno**  **mlijeka (ml)** | | | |  | | | | | **Mesni obroci**  **na tjedan:** | | | | | |  | | | | | **Kuhanih**  **obroka na dan:** | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Zdravstveni karton djeteta** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Boluje li dijete od kroničnih bolesti? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NE | | | | | | | | | | | | | | **DA (navedite koje bolesti)** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Uzima li dijete neku terapiju? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NE | | | | | | | | | | | | | | **DA (navedite koju)** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Ima li dijete alergije? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NE | | | | | | | | | | | | | | **DA (navedite koju)** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Je li dijete preboljelo neku od ovih zaraznih bolesti.? Ako da, navedite godinu (zaokružite ili boldajte) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vodene kozice (Varicella) | | | | | | NE | | | | | | | | DA | | | | | | |  | | |
| Šarlah | | | | | | NE | | | | | | | | DA | | | | | | |  | | |
| Difterija | | | | | | NE | | | | | | | | DA | | | | | | |  | | |
| Infektivna mononukleoza | | | | | | NE | | | | | | | | DA | | | | | | |  | | |
| Tuberkuloza | | | | | | NE | | | | | | | | DA | | | | | | |  | | |
| Ospice | | | | | | NE | | | | | | | | DA | | | | | | |  | | |
| Rubeola | | | | | | NE | | | | | | | | DA | | | | | | |  | | |
| Zaušnjaci | | | | | | NE | | | | | | | | DA | | | | | | |  | | |
| Hepatitis | | | | | | NE | | | | | | | | DA | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Je li dijete upućivano: (zaokružite ili boldajte) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Logopedu** | NE | | DA | | **Psihologu** | | | NE | | DA | | **Specijalistički pregled** | | | | | NE | | DA (koji?) | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imate li kakvu napomenu o funkcioniranju Vašeg djeteta? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Datum i mjesto ispunjavanja | | | | | | | | | | | | |  | | | Potpis roditelja | | | | | | | |