

Podaci o djetetu (ispunjava roditelj / skrbnik)

OPĆI PODACI:

Ime i prezime djeteta : _____

Spol M / Ž

Datum i mjesto rođenja : _____

OIB : _____

Adresa stanovanja : _____

Ime i prezime oca: _____ **Godina rođenja:** _____

Zanimanje oca: _____

Stručna sprema : OŠ, SŠ, VŠS, VSS, Doktorat (zaokružiti)

Kontakt oca: tel/mob: _____

e-mail: _____

Ime i prezime majke: _____ **Godina rođenja:** _____

Zanimanje majke: _____

Stručna sprema: OŠ, SŠ, VŠS, VSS , Doktorat (zaokružiti)

Kontakt majke: tel/mob: _____

e-mail: _____

Bračno stanje roditelja: _____

Dijete živi: s oba roditelja / s majkom / s ocem / s domiteljima / ostalo _____

Škola u koju se dijete upisuje: OŠ _____

Upisuje li se dijete u produženi boravak? DA NE

Specifičnosti prehrane (alergije, intolerancija...):

Pohađa vrtić od _____ god. / nije pohađalo vrtić

Je li dijete uključeno u neku aktivnost (sport, hobi, interesi)? Ako je, navedite koju i gdje. _____

IZ ANAMNEZE:

Boluje li netko u obitelji (do djedova i baka djeteta) od nekih kroničnih bolesti (zaokružiti): DA NE

Ako DA, navesti tko i od koje bolesti. _____

Osobitosti poroda:

U terminu: DA NE

U kojem tjednu: _____

Vrsta poroda (zaokruži): prirodno, inducirani porod, carski rez

Postojanje komplikacija: DA NE

Vrsta komplikacija: _____

Dijete sjedi s ____ mj., prve riječi s ____ mj., prohodalo s ____ mj., prestalo koristiti pelene s ____mj.

Boluje li dijete od kroničnih bolesti? Ako da, navedite koje.

DA _____ NE

Uzima li dijete neku terapiju? Ako da, navedite koju. ?

DA _____ NE

Ima li dijete alergije? Ako da, navedite koje.

DA _____ NE

Je li dijete prebolilo neku od ovih zaraznih bolesti.? Ako da, navedite godinu.

Vodne kozice (Varicella) DA _____ NE

Šarlah DA _____ NE

Difterija DA _____ NE

Infektivna mononukleoza DA _____ NE

Tuberkuloza DA _____ NE

Ospice DA _____ NE

Rubeola DA _____ NE

Zaušnjaci DA _____ NE

Hepatitis DA _____ NE

Covid 19 DA _____ NE

Drugo _____

Je li dijete upućivano: logopedu	DA	NE
psihologu	DA	NE
edukacijskom rehabilitatoru	DA	NE
neuropedijatru	DA	NE

Drugi specijalistički pregled? _____

Imate li kakvu napomenu o funkcioniranju Vašeg djeteta?
(osobitosti u ponašanju djeteta koje ste sami uočili ili su uočene u vrtiću)

POSEBNE NAPOMENE (ukoliko imate želju vezano uz izbor učitelja/učiteljice, drugog učenika/učenice u razredu...)

* Napominjemo da će navedene želje biti uzete u obzir pri formiranju razreda, međutim nisu obvezujuće.

Mjesto i datum ispunjavanja _____

Potpis roditelja: _____