



DJEČJI VRTIĆ BUBAMARA GLINA
Glina, Frankopanska 33
Tel: 882-228; 882-073 fax: 880-705
e-mail: vrtec.glina@gmail.com

Klasa: 034-02/ _____
Ur.broj: 2176--70-01- _____
Dan prijema: _____
Primio: _____

ZAH T J E V

za upis djeteta u Dječji vrtić Bubamara Glina - redoviti program

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. Ime i prezime majke: _____
Dan, mjesec i godina rođenja: _____ OIB: _____
Prijavljeno prebivalište – grad/općina _____ županija _____
Zanimanje i stručna sprema: _____
Zaposlena (naziv i adresa poslodavca, telefon, mobitel, e-mail): _____
Radno vrijeme: _____

4. Ime i prezime oca: _____
Dan, mjesec i godina rođenja: _____ OIB: _____
Prijavljeno prebivalište – grad/općina _____ županija _____
Zanimanje i stručna sprema: _____
Zaposlen (naziv i adresa poslodavca, telefon, mobitel, e-mail): _____
Radno vrijeme: _____

5. Ime i godina rođenja vaše ostale djece, odgojno-obrazovna ustanova koju polaze:

- 1) _____, rođen-a _____, polazi _____
2) _____, rođen-a _____, polazi _____
3) _____, rođen-a _____, polazi _____

6. Članovi zajedničkog domaćinstva (baka, djed, ostali članovi)

7. Razvojni status djeteta:

a) uredna razvojna linija

b) dijete s teškoćama u razvoju:

b)1. Dijagnostički postupak za utvrđivanje teškoća:

- vještačenjem stručnog povjerenstva socijalne skrbi (_____ godine)

- nalazom i mišljenjem specijalizirane ustanove _____

- nalazom i mišljenjem ostalih stručnjaka _____

b)2. *Rehabilitacijski postupak: - dijete nije u tretmanu*

- dijete je u tretmanu specijalizirane ustanove _____

- dijete je u tretmanu _____

8. *Zdravstveno stanje djeteta (alergije, posebna prehrana, kronična oboljenja, epy, astma, febrilne konvulzije i dr.):*

9. *Zahtjev podnosim za upis djeteta u slijedeći program:*

9.1. *REDOVITI PROGRAM - JASLICE (do 3 godine) – VRTIĆ (3 – 6 godina)*
(plaćanje prema odluci Grada Gline)

a) *Redoviti 10-satni program*

Za dijete od _____ godina do polaska u osnovnu školu

Pet dana u tjednu (ponedjeljak – petak) od _____ do _____ sati

b) *Redoviti poludnevni program (od 8.00 do 12.00 sati)*

Za dijete od _____ godina do polaska u osnovnu školu

Pet dana u tjednu (ponedjeljak – petak) od _____ do _____ sati

**Izjavljujem da odobravam vrtiću korištenje OIB (osobnog identifikacijskog broja) moga djeteta i drugih osobnih podataka navedenih u ovom zahtjevu ukoliko zahtjev za upis djeteta u vrtić bude prihvaćen, a u svrhu sklapanja i izvršenja ugovora o ostvarivanju odgovarajućeg programa predškolskog odgoja djeteta u vrtiću.*

U Glini, _____

Potpis roditelja

PRILOZI ZAHTJEVU:

- 1. Izvadak iz matice rođenih ili rodni list ili potvrda s podacima o rođenju djeteta (bez obzira na datum izdavanja dokumenta)*
- 2. Potvrda MUP-a o prebivalištu djeteta ne stariju od 3 mjeseca*
- 3. Preslika cjepne iskaznice djeteta*
- 4. Preslika osobne iskaznice roditelja/staratelja*
- 5. Potvrda poslodavca o zaposlenju roditelja/staratelja*
- 6. Dokazi o činjenicama bitnim za ostvarivanje prednosti pri upisu (potvrda o radnom statusu roditelja, rješenje o invalidnosti, rješenje centra za socijalnu skrb o pravu na pomoć i dr.)*
- 7. Potvrda o obavljenom sistematskom zdravstvenom pregledu predškolskog djeteta prije upisa u dječji vrtić*