

DJEČJI VRTIĆ PROLJEĆE  
SVETI IVAN ZELINA, BOCAKOVA 7  
Tel./fax.: 01/2060-713  
e-mail: tajnistvo.dvproljece@zelina.hr  
Sv.l.Zelina, \_\_\_\_\_

Ur.Broj: \_\_\_\_\_  
Dan prijema: \_\_\_\_\_  
Primio: \_\_\_\_\_

## Z A H T J E V

### za upis djeteta u Dječji vrtić Proljeće

**ZAHTJEV PODNOSIM ZA UPIS DJETETA U SLJEDEĆE PROGRAME (ZAKRUŽITI)**

1. Zainteresirani smo za upis u :

**1. centralni dio - Bocakova 7, Sveti Ivan Zelina**

**2. područni objekt- Nespeš 5, Donja Zelina**

2. Podnosim zahtjev za upis u (ZAKRUŽITI JEDNU OPCIJU):

**A) REDOVITI 10-SATNI PROGRAM** (plaćanje prema odluci grada Sv. Ivan Zelina)

**B) POSEBNI PROGRAM\*** (prema odluci Upravnog vijeća DV)

B-1) CJELODNEVNI PROGRAM RANOG UČENJA ENGLSKOG JEZIKA

B-2) CJELODNEVNI SPORTSKI PROGRAM

B-3) CJELODNEVNI PROGRAM ETNO STVARALAŠTVA

\*Napomena: posebni programi se održavaju samo u centralnom objektu – Bocakova 7, Sveti Ivan Zelina

**PODACI O DJETETU**

IME I PREZIME DJETETA : \_\_\_\_\_ SPOL: **M / Ž** (ZAKRUŽITI)

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

MJESTO ROĐENJA: \_\_\_\_\_

DRŽAVLJANSTVO: \_\_\_\_\_

OIB: 

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

PRIJAVLJENO PREBIVALIŠTE : \_\_\_\_\_

Ima li brata/sestru već upisane u vrtić **DA / NE** (ZAKRUŽITI)

Naziv dječjeg vrtića u koji je dijete bilo ranije upisano \_\_\_\_\_

PODACIO LIJEČNIČKOJ SKRBI	
Pedijatar:	Stomatolog:
Adresa ambulante:	Adresa ambulante:
Kontakt:	Kontakt:
PODACI IZ KNJIŽICE CIJEPLJENJA:	
Priloženi dokazi o provedenom cijepljenju djeteta prilog su zahtjevu	DA / NE
Dijete je procijepljeno prema redovnom kalendaru cijepljenja	DA / NE
Ako nije, razlozi ne cijepljenja:	KONTRAINDIKACIJA                      VLASTITA UVJERENJA
Razlozi ne cijepljenja navedeni su od odabranog liječnika	DA / NE
(ukoliko dijete nije cijepljeno obavezno donijeti potvrdu liječnika o razlozima ne cijepljenja)	
<p><u>Ukoliko Vaše dijete ima određenu kroničnu bolest koja zahtijeva kontinuiranu terapiju u vrijeme boravka djeteta u vrtiću, molimo Vas da od pedijatra donesete pisane podatke o imenu i vrsti lijeka, pojedinačnoj dozi za Vaše dijete, vremenu i načinu davanja te načinu čuvanja lijeka u vrtiću, kao i sve podatke o promjenama u svezi davanja lijekova.</u></p>	

**RAZVOJNI STATUS DJETETA (ZAKRUŽITI)**

**A) uredna razvojna linija**

**B) dijete s teškoćama u razvoju**

Orijentacijska lista vrste teškoća (ZAKRUŽITI, MOGUĆE VIŠE ODABIRA)

- a) oštećenja vida
- b) oštećenja sluha
- c) poremećaji govorno –glasovne komunikacije i specifične teškoće u učenju
- d) tjelesni invaliditet
- e) intelektualne teškoće (sindromi...)
- f) poremećaji u ponašanju uvjetovani organskim faktorima, ADHD
- g) poremećaj socijalne komunikacije; poremećaj iz autističnog spektra; autizam
- h) postojanje više vrsta i stupnjeva teškoća u psihofizičkom razvoju

Dijagnostički postupak za utvrđivanje teškoća (ZAKRUŽITI)

a) vještačenjem stručnog povjerenstva socijalne skrbi ( \_\_\_\_\_ godine)

b) nalazom i mišljenjem specijalizirane ustanove (KOJE) \_\_\_\_\_

c) nalazom i mišljenjem ostalih stručnjaka (KOJIH) \_\_\_\_\_

Rehabilitacijski postupak dijete je u tretmanu? **DA** / **NE** (ZAKRUŽITI)

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, povučenost, sramežljivost, ispadi bijesa, agresija i drugo)

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

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

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

**PODACI O RODITELJIMA/SKRBNICIMA**

**MAJKA**

IME I PREZIME: \_\_\_\_\_

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

MJESTO ROĐENJA: \_\_\_\_\_

DRŽAVLJANSTVO: \_\_\_\_\_

OIB: 

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

PRIJAVLJENO PREBIVALIŠTE :

\_\_\_\_\_

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

ZAPOSLENA **DA** / **NE** (ZAKRUŽITI),

NAZIV I ADRESA POSLODAVCA \_\_\_\_\_

KONTAKT NA RADNOM MJESTU: TELEFON, MOBITEL, E-MAIL:

\_\_\_\_\_

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

## OTAC

IME I PREZIME: \_\_\_\_\_

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

MJESTO ROĐENJA: \_\_\_\_\_

DRŽAVLJANSTVO: \_\_\_\_\_

OIB: 

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

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

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

ZAPOSLEN **DA** / **NE** (ZAOKRUŽITI),

NAZIV I ADRESA POSLODAVCA \_\_\_\_\_

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

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

Da li majka – otac ima rješenje o korištenju roditeljskog dopusta ili drugog prava iz Zakona o roditeljskim potporama ( NN br. 85/08., 110/08., 34/11., 54/13. i 152/14 I 59/17):

**DA** / **NE** (ZAOKRUŽITI), naziv prava \_\_\_\_\_, odobreno korištenje prava u razdoblju od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ .

Ime, prezime i datum rođenja vaše ostale malodobne djece, prijavljeno prebivalište:

1. \_\_\_\_\_ upisan u DV/školu \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ upisan u DV/školu \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ upisan u DV/školu \_\_\_\_\_

**PRIVOLA ZA PROVJERU PODATAKA O ROĐENJU DJETETA U MATICAMA ROĐENIH, UKOLIKO RODITELJ/SKRBNIK NE PRILAŽE ISPRAVE KOJIMA SE ISTI DOKAZUJU:**

Sukladno Zakonu o provedbi Opće uredbe o zaštiti podataka (NN 42/18) i Općoj uredbi o zaštiti podataka (GDPR), dajem suglasnost dječjem vrtiću da izvrši provjeru podataka o rođenju djeteta uvidom u matice rođenih, a u svrhu sklapanja i izvršenja ugovora o ostvarivanju odgovarajućeg programa predškolskog odgoja djeteta u dječjem vrtiću.

**DA- NE** (ZAOKRUŽITI)

PRIVOLA ZA PROVJERU PODATAKA O PREBIVALIŠTU DJETETA i OSTALIH ČLANOVA ZAJEDNIČKOG KUĆANSTVA: Sukladno Zakonu o provedbi Opće uredbi o zaštiti podataka (NN 42/18) i Općoj uredbi o zaštiti podataka (GDPR), dajem suglasnost dječjem vrtiću da izvrši provjeru podataka o prebivalištu djeteta i ostalih članova zajedničkog kućanstva uvidom u evidencije prebivališta i boravišta građana, a u svrhu sklapanja i izvršenja ugovora o ostvarivanju odgovarajućeg programa predškolskog odgoja djeteta u dječjem vrtiću.

**DA- NE (ZAKRUŽITI)**

PRILOŽENA DOKUMENTACIJA (ZAKRUŽITI)

### **OSNOVNA DOKUMENTACIJA**

- 1. RODNI LIST ILI IZVADAK IZ MATICE ROĐENIH ILI POTVRDA S PODACIMA O ROĐENJU DJETETA** (bez obzira na datum izdavanja isprave) - Kopija
- 2. UVJERENJE O MJESTU PREBIVALIŠTA DJETETA** – Original, ne stariji od mjesec dana u trenutku podnošenja zahtjeva
- 3. PRESLIKE OSOBNIH ISKAZNICA RODITELJA/SKRBNIKA**
- 4. PRESLIKA CJEPNE KNJIŽICE DJETETA**
- 5. PRESLIKA POTVRDE O OIB-u DJETETA**
- 6. ISPUNJENI OBRAZAC ZA INICIJALNI RAZGOVOR** (obrazac dostupan u dječjem vrtiću i na web stranici dječjeg vrtića)

### **DOKUMENTI KOJIMA SE DOKAZUJU ČINJENICE BITNE ZA OSTVARIVANJE PREDNOSTI KOD UPISA**

- za dijete roditelja invalida Domovinskog rata - rješenje o statusu invalida Domovinskog rata,
- za dijete oba zaposlena roditelja - potvrde poslodavaca o zaposlenju roditelja ne starije od 60 dana- originali
- za dijete koje živi samo s jednim, zaposlenim roditeljem - potvrda poslodavca o zaposlenju roditelja, presuda o razvodu braka ili drugi dokaz da drugi roditelj ne živi u zajedničkom kućanstvu,
- za dijete samohranog zaposlenog roditelja - potvrda poslodavca o zaposlenju roditelja i dokazi o samohranosti: smrtni list za preminulog roditelja ili rješenje Centra za socijalnu skrb o privremenom uzdržavanju djeteta,
- za dijete u udomiteljskoj obitelji, bez roditelja ili bez odgovarajuće roditeljske skrbi - rješenje odnosno potvrda Centra za socijalnu skrb da je dijete u udomiteljskoj obitelji, bez roditelja ili bez odgovarajuće roditeljske skrbi,

- za dijete koje ima specifične razvojne i/ili zdravstvene potrebe - relevantna dokumentacija za utvrđivanje navedenih potreba i statusa djeteta,
- za dijete s teškoćama u razvoju - nalaz i mišljenje tijela vještačenja ili rješenje Centra za socijalnu skrb o postojanju teškoće u razvoju djeteta,
- za dijete koje živi u iznimno teškim socijalnim i zdravstvenim prilikama – preporuka Centra za socijalnu skrb.

### **DODATNA DOKUMENTACIJA – SAMO ZA DJECU KOJA SU PRIMLJENA U DJEČJI VRTIĆ**

**Potvrda o obavljenom sistematskom zdravstvenom pregledu djeteta. Potvrda ne smije biti starija više od mjesec dana od dana polaska u vrtić. Potvrda je uvjet za ulazak djeteta u skupinu.**

ZAHTJEVI ZAPRIMLJENI NAKON ROKA ZA PREDAJU I NEPOTPUNI ZAHTJEVI NEĆE SE RAZMATRATI NITI BODOVATI

PREDAJOM ZAHTJEVA DIJETE NIJE UPISANO U DJEČJI VRTIĆ – DIJETE JE UPISANO U VRTIĆ U TRENUTKU KAD RODITELJ/SKRBNIK POTPIŠE UGOVOR S DJEČJIM VRTIĆEM

DJEČJI VRTIĆ ZADRŽAVA PRAVO RASPOREDA DJETETA U SKUPINE I OBJEKTE

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.

U Svetom Ivanu Zelini, \_\_\_\_\_

Potpis podnositelja zahtjeva: \_\_\_\_\_