



**DJEČJI VRTIĆ OSIJEK**  
**OSIJEK**  
**VIJ. IVANA MEŠTROVIĆA 7**

**ZAHTEV**  
**ZA UPIS U PROGRAM PREDŠKOLE**

1. Ime i prezime djeteta: \_\_\_\_\_  
Dan, mjesec i godina rođenja: \_\_\_\_\_  
Spol: M - Ž  
Mjesto rođenja djeteta: \_\_\_\_\_  
Adresa stanovanja: \_\_\_\_\_  
Prijavljeno prebivalište – grad/općina: \_\_\_\_\_  
Kontakt telefon, mobitel, e-mail: \_\_\_\_\_
  
2. Ime i prezime majke: \_\_\_\_\_  
OIB: \_\_\_\_\_  
Prijavljeno prebivalište – grad/općina: \_\_\_\_\_  
  
Zaposlen (naziv i adresa poslodavca, telefon, mobitel, e-mail): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
3. Ime i prezime oca: \_\_\_\_\_  
OIB: \_\_\_\_\_  
Prijavljeno prebivalište – grad/općina: \_\_\_\_\_  
Zanimanje i stručna sprema: \_\_\_\_\_  
Zaposlen (naziv i adresa poslodavca, telefon, mobitel, e-mail): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
4. 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 \_\_\_\_\_
  
5. Zdravstveno stanje djeteta (alergije, posebna prehrana, kronična oboljenja, epy, astma, febrilne konvulzije i dr.) \_\_\_\_\_

U Osijeku, \_\_\_\_\_

POTPIS MAJKE

POTPIS OCA

\_\_\_\_\_