

## UPITNIK ZA RODITELJE

IME I PREZIME DJETETA	
SPOL	M/Ž
DATUM I MJESTO ROĐENJA	
ADRESA	
TELEFON	
MOB.	
JMBG	
OIB	
OBITELJ IMA	jedno/dvoje/troje/četvero/petero/ ___ djece

MAJKA	
IME I PREZIME	
OIB	
DATUM ROĐENJA	
STRUČNA SPREMA	
ZANIMANJE	
ZAPOSLENA U	
ADRESA I TEL. NA POSLU	

OTAC	
IME I PREZIME	
OIB	
DATUM ROĐENJA	
STRUČNA SPREMA	
ZANIMANJE	
ZAPOSLEN U	
ADRESA I TEL NA POSLU	

OBITELJ ŽIVI U: vlastitoj kući/stanu/podstanari/sustanari kod roditelja

DIJETE ŽIVI: s oba roditelja/ s majkom/ s ocem/ u udomiteljskoj obitelji / sa starateljima

ČLANOVI ZAJEDNIČKOG DOMAĆINSTVA (baka, djed, ostali članovi):

PEDIJATAR DJETETA: \_\_\_\_\_

Dijete je rođeno	: u _____ mjesecu trudnoće, težine _____, visine _____
Porod je bio:	normalan/s komplikacijama.
Dijete je prohodalo :	s _____mj., prve smislene riječi progovorilo je s _____mj.
Kontrola mokrenja:	postignuta, s _____mj., /povremena / nije postignuta
Kontrola stolice:	postignuta, s _____mj., /povremena / nije postignuta

Dijete ima:

a)teškoće vida, b) teškoće sluha, c) teškoće glasa i govora, d) teškoće prehrane, e)tjelesno oštećenje, f) emocionalne ili druge teškoće u ponašanju, g) kronično oboljenje, h) alergije  
i)živi u teškim socijalnim uvjetima, j)ostalo

Ukratko opišite teškoće:

---

---

---

Dijagnostički postupak za utvrđivanje teškoća:

- a) vještačenjem stručnog povjerenstva socijalne skrbi (\_\_\_\_\_god.)  
b) nalazom i mišljenjem ostalih stručnjaka

---

---

c) Rehabilitacijski postupak:

- a) dijete nije u tretmanu  
b) dijete je u tretmanu

---

---

Je li dijete redovito cijepljeno: DA NE

Ako NE navedite razlog

---

---

PRVI DAN DOLASKA U VRTIĆ (NAVESTI DATUM) \_\_\_\_\_

TKO DOVODI/ODVODI DIJETE U VRTIĆ? \_\_\_\_\_

U Selcima, \_\_\_\_\_ 2018./2019.g.