

Upitnik ispunite čitko, tiskanim slovima, a u pitanjima zaokružite sve odgovore koji opisuju dijete ili ih nadopunite. Molimo odgovoriti na sva pitanja/popuniti sve rubrike.

Datum popunjavanja upitnika: _____ 2024.

PREZIME I IME DJETETA:										M	Ž
Datum i mjesto rođenja:											
OIB:											
Adresa stanovanja:											

**PODACI O
OBITELJI**

MAJKA

OTAC

Prezime i ime:	
Godina rođenja:	
Zanimanje:	
Stručna sprema:	
Telefon na poslu:	
Telefon u stanu:	
Mobitel :	
email :	

a) Navedite s kim dijete živi:				
	Ime i prezime	Srodstvo	Godina rođenja	Napomena
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
1.Ukoliko dijete NE živi s oba roditelja molimo navedite razlog (zaokružite i dopunite), npr.: boravak u drugom gradu, razvod braka, razvrgnuta izvanbračna zajednica, zabrana prilaska djetetu, udomiteljstvo, skrbništvo i ostalo (prema potrebi, u specifičnim situacijama, molimo dati dokumentaciju na uvid)				
2. Je li je obitelj u tretmanu Centra za socijalnu skrb: NE DA – koja vrsta: - nadzor nad obitelji - ostalo _____ - koji područni ured CZSS:				
3. Dijete živi u iznimno teškim socijalnim i zdravstvenim prilikama u obitelji: NE DA - opišite:				
4.Je li u zadnje vrijeme bilo stresnih događaja u obitelji: preseljenje, razvod, bolest, smrt člana obitelji, prometna nesreća ili drugo: NE DA – kojih:				
5. Korištenje nekog prava /beneficije i kojeg ; produljeni porodni dopust, status njegovatelja, skraćeno radno vrijeme , ostalo _____				

6.PREBOLJENE I ČESTE BOLESTI, STANJA, KRONIČNE BOLESTI (ZAKRUŽITI I DOPISATI): (-respiratorne, kronične bolesti, alergije, astma, epilepsija , bolesti endokrinog sustava, kardiološke..). Molimo napisati o čemu se radi i dati dokumentaciju na uvid.	
7. Molimo navedite važne informacije vezane uz RANI RAZVOJ DJETETA (npr. prijevremeni porod, stanje djeteta nakon poroda /uredno, infekcija, intrakranijalno krvarenje.../ , hospitalizacija, febrilne konvulzije, uključenost u program rane intervencije, kašnjenje u psihomotornom razvoju....)	
8. Ima li dijete poteškoće kod odvajanja : NE DA – koje:	
9.	Postoje li NAMIRNICE KOJE DIJETE NE KONZUMIRA zbog zdravstvenih razloga, npr. ALERGIJA ? NE DA, koje: (molimo priložite dokumentaciju)
10. Ostale VAŽNE napomene VEZANE UZ ZDRAVSTVENO STANJE DJETETA :	

11. Molimo upišite ako je dijete uključeno u praćenje ili terapiju specijalista (npr. fizijatra, neuropedijatra, logopeda, rehabilitatora, psihologa, fizioterapeuta , itd). Molimo priložiti dokumentaciju.	
-	Koja ustanova:
-	Koji vrsta stručnjaka:

12. Dijete ima teškoće u razvoju: NE DA	
13.	Nalazi i mišljenja tijela vještačenja ili rješenja HZZO –u postupku utvrđivanja vrste i stupnja teškoća (molimo priložite dokumentaciju): NE DA
14.	Medicinski i drugi nalazi (napisati koji) NE DA
15.	Ako DA, koje teškoće u razvoju?
16.	Vrste teškoća (ZAKRUŽITI I DOPISATI) a) oštećenja vida b) oštećenja sluha c) poremećaji govorno –glasovne komunikacije i specifične teškoće u učenju d) tjelesni invaliditet e) intelektualne teškoće 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 (molimo priložite dokumentaciju)

17.	Dijete je polazilo :	Redovni program vrtića	Malu školu
18.	Koji vrtić je dijete pohađalo:		
19.	Dijete će pohađati PRODUŽENI BORAVAK	DA	NE
20.	Dijete će upisati IZBORNI PROGRAM VJERONAUKA	DA	NE
21.	Važna napomena roditelja za školu:		
Potpis roditelja/skrbnika:			

