

Dječji vrtić „Tratinčica“  
Varaždinske Toplice  
Braće Radić 14,  
tel.042/633-164  
mob.099/220-4888  
[tratincicavt@gmail.com](mailto:tratincicavt@gmail.com)

zaprimljeno: \_\_\_\_\_

## Z A H T J E V za upis djeteta u vrtić

### 1. PODACI O DJETETU :

Ime i prezime djeteta: \_\_\_\_\_ M / Ž

Datum i mjesto rođenja: \_\_\_\_\_

Adresa stanovanja: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Grad/općina: \_\_\_\_\_

Je li dijete do sada pohađalo vrtić? Koji? DA / NE \_\_\_\_\_

OIB djeteta: \_\_\_\_\_

Dijete živi s:      a) oba roditelja      b) majkom      c) ocem

### 2. PODACI O RODITELJIMA:

Ime i prezime majke:

Ime i prezime oca:

\_\_\_\_\_

OIB majke: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

OIB oca: \_\_\_\_\_

Tel./mob.majke: \_\_\_\_\_

Tel./mob.oca: \_\_\_\_\_

Zanimanje i stručna sprema majke:

Zanimanje i stručna sprema oca:

\_\_\_\_\_

Majka je zaposlena u:

\_\_\_\_\_

Otac je zaposlen u:

\_\_\_\_\_

Adresa i telefon majčinog poslodavca:

\_\_\_\_\_

Adresa i telefon očevog poslodavca:

### 3. PODACI O VAŠOJ OSTALOJ DJECI:

(ime, prezime, godina rođenja, odgojno - obrazovna ustanova koju polazi)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

### 4. OSTALI ČLANOVI VAŠEG KUĆANSTVA SU:

\_\_\_\_\_

## **5. PODACI O ZDRAVSTVENOM STANJU DJETETA:**

Je li dijete redovito cijepljeno? \_\_\_\_\_ DA / djelomično /NE

Je li bilo hospitalizirano? Zašto? \_\_\_\_\_

Koje zarazne bolesti je dijete do sada preboljelo:

\_\_\_\_\_  
Zdravstveno stanje djeteta (alergije, kronična oboljenja, epilepsija,  
febrilne konvulzije, astma, oštećenje vida/sluha, neko drugo tjelesno oštećenje)

\_\_\_\_\_  
Je li dijete bilo ili je još uvijek na nekom specifičnom pregledu/obradi/  
tretmanu? \_\_\_\_\_ DA / NE

Kojem? \_\_\_\_\_

Ukoliko jest, molimo Vas da u sklopu prijave obvezno priložite postojeću medicinsku dokumentaciju.

Ime djetetovog liječnika i broj telefona: \_\_\_\_\_

## **6. ZAHTJEVU JE POTREBNO PRILOŽITI NAVEDENU DOKUMENTACIJU:**

1. Rodni list djeteta
2. Preslike osobnih iskaznica oba roditelja
3. Liječničku potvrdu djeteta
4. Preslike zdravstvene iskaznice djeteta te karticu procijepljenosti
5. Postojeću liječničku dokumentaciju o eventualnoj težoj bolesti
6. Dokaze o činjenicama bitnim za ostvarivanje prednosti pri upisu, sukladno Odluci Gradskog vijeća

Izjavljujem i vlastoručnim potpisom potvrđujem da su podaci, navedeni u ovom zahtjevu i priloženoj dokumentaciji točni. Ovlašćujem Vrčić da iste ima pravo provjeravati, obrađivati, čuvati i koristiti u skladu sa Zakonom o zaštiti osobnih podataka i drugim važećim propisima, u svrhu sklapanja i izvršenja ugovora o ostvarivanju odgovarajućeg programa predškolskog odgoja djeteta u Vrčiću.

U Varaždinskim Toplicama, \_\_\_\_\_ godine

Potpis roditelja:

\_\_\_\_\_