

Obrt za čuvanje „Kockica“

Murini 6, 51000 Rijeka

Tel: 092 181 3666

ZAHTJEV ZA UPIS DJETETA U OBRT

1. Ime i prezime podnositelja Zahtjeva za upis: _____

2. Ime i prezime djeteta: _____, Spol M/Ž

3. Dan, mjesec i godina rođenja: _____, OIB _____

4. Adresa stanovanja: _____ broj telefona: _____

5. Da li je majka/otac samohran? DA / NE

6. Ime i prezime majke i godina rođenja: _____

OIB majke: _____

Mobitel: _____ e-mail: _____

Zanimanje i stručna sprema: _____

Zaposlena u (naziv i adresa poslodavca, telefon, mobitel, e-mail):

7. Ime i prezime oca i godina rođenja: _____

OIB oca: _____

Mobitel: _____ e-mail: _____

Zanimanje i stručna sprema: _____

Zaposlen u (naziv i adresa poslodavca, telefon, mobitel, e-mail):

Nadležni liječnik/pedijatar: _____

Broj telefona liječnika/pedijatra: _____

Nadležni stomatolog: _____

Broj telefona stomatologa: _____

8. Zdravstveno stanje (alergije, posebna prehrana, kronična oboljenja, epilepsija, astma, febrilne konvulzije i dr.):

djeteta: _____

majke: _____

oca: _____

ostalih članova domaćinstva: _____

9. Razvojni status djeteta: uredna razvojna linija dijete s teškoćama u razvoju

Dijagnostički postupak za utvrđivanje teškoća proveden: DA/NE

- vještačenjem stručnog povjerenstva socijalne krbi _____ godine.

- nalazom i mišljenjem specijalizirane ustanove: _____

- nalazom i mišljenjem ostalih stručnjaka: _____

Rehabilitacijski postupak: dijete u tretmenu? DA/NE

- ako DA, navesti ustanovu i vrstu tretmana: _____

ZAHTJEVU TREBA PRILOŽITI:

1. Izvod iz matice rođenih ili rodni list – preslika

2. Preslike osobnih iskaznica oba roditelja/skrbnika iz kojih je vidljivo prebivalište roditelja/skrbnika ili potvrda o prijavi prebivališta boravišta koju izdaje MUP, ukoliko se adresa na osobnoj iskaznici razlikuje od mjesta prebivališta

3. Potvrda nadležnog liječnika o obavljenom sistematskom pregledu djeteta s podacima o cijepljenju

4. Potvrdu o subvenciji