

**DJEČJI VRTIĆ
MAZA
VALPOVO**

Prilaz Crvenom križu 3
Tel: 031/651-451, 031/650-944,
e-mail: vrtic@vrticmazavalpovo.hr

Broj zahtjeva: _____

Datum prijema: _____

**ZAHTJEV ZA NASTAVAK KORIŠTENJA USLUGA U DJEČJEM
VRTIĆU MAZA VALPOVO ZA PEDAGOŠKU GODINU 2026./2027.**

PODACI O DJETETU

Ime i prezime djeteta: _____

Dan, mjesec, godina i mjesto rođenja djeteta: _____ OIB: _____

Adresa stanovanja: _____

Je li dijete pohađalo jaslice/vrtić? _____ Koliko dugo? _____

Ima li dijete kakvih teškoća u razvoju ili posebnih potreba? (ukoliko ima, navedite koje)

Dijete živi s (zaokružite): a) oba roditelja b) samohranim roditeljem c) u jednoroditeljskoj obitelji
d) u proširenoj obitelji e) u udomiteljskoj obitelji f) kod staratelja

Dijete živi u (zaokružite): a) obiteljskoj kući b) stanu c) podstanari smo

PODACI O RODITELJIMA/SKRBNICIMA

Ime i prezime **majke**: _____

OIB majke: _____

Godina rođenja majke: _____

Stručna sprema majke: _____

Zanimanje majke: _____

Tel/mobitel: _____

e-mail: _____

Naziv, adresa i telefon majčina poslodavca:

Radno vrijeme majke: _____

Ime i prezime **oca**: _____

OIB oca: _____

Godina rođenja oca: _____

Stručna sprema oca: _____

Zanimanje oca: _____

Tel/mobitel: _____

e-mail: _____

Naziv, adresa i telefon očeva poslodavca:

Radno vrijeme oca: _____

PODACI O VAŠOJ OSTALOJ DJECI

Ime i godina rođenja vaše ostale djece i odgojno-obrazovna ustanova koju polaze:

1. _____, rođen-a _____, polazi _____
2. _____, rođen-a _____, polazi _____
3. _____, rođen-a _____, polazi _____
4. _____, rođen-a _____, polazi _____

ZDRAVSTVENO STANJE DJETETA (zaokružite i navedite odgovor)

- a) dijete s teškoćama u razvoju, utvrđenim:
 - vještačenjem stručnog povjerenstva socijalne skrbi _____ godine,
 - nalazom: psihologa, pedopsihijatra, neuropedijatra, logopeda, ili _____
- b) dijete ima posebne potrebe (alergija na _____, posebna hrana _____, kronična oboljenja _____, epilepsija, astma, febrilne konvulzije, dijabetes)
- c) nešto drugo - navedi _____

ZDRAVSTVENO STANJE OSTALIH ČLANOVA OBITELJI (zaokružite i/ili navedite)

- posttraumatski i stresni poremećaj (PTSP), alkoholizam, neko drugo psihičko oboljenje, tjelesni invaliditet, kronične bolesti, astma _____

VRSTE PROGRAMA: (zaokružite)

1. REDOVITI PROGRAM – JASLICE (do 3 godine)

Redoviti 10 - satni program

Za dijete od _____ mjeseci /godina do polaska u osnovnu školu pet dana u tjednu (ponedjeljak-petak) od _____ do _____ sati.

2. REDOVITI PROGRAM – VRTIĆ (od 3-6 godina)

A) Redoviti 10 - satni program

Za dijete od _____ godine do polaska u osnovnu školu pet dana u tjednu (ponedjeljak-petak) od _____ do _____ sati.

B) Prilagođeni redoviti _____ - satni program

Za integraciju djeteta s teškoćama u razvoju od _____ godina do polaska u osnovnu školu _____ radnih dana u tjednu od _____ do _____ sati.

3. POSEBNI PROGRAMI

A) Kraći program engleskog jezika (za djecu od 5-6 godina)

B) Vjerski odgoj (za djecu od 3-6 godina)

IZJAVA

Ja _____ roditelj djeteta _____
izjavljujem da će dijete, osim mene, dovesti, predati odgojitelju i odvesti iz vrtića
svakodnevno:

1. _____
2. _____
3. _____

ZAHTJEVU PRILAŽEM: *(zaokružite)*

1. dokaz o prebivalištu/boravištu djeteta (npr. elektronički zapis ili uvjerenje/potvrda iz MUP-a)

*Izjavljujem i vlastoručnim potpisom potvrđujem da su podaci navedeni u ovom zahtjevu i priloženoj dokumentaciji točni te dajem svoju suglasnost Vrtiću da iste ima pravo provjeravati, obrađivati i koristiti u skladu sa Zakonom o zaštiti osobnih podataka i drugim važećim propisima, a u svrhu sklapanja i izvršenja ugovora o ostvarivanju odgovarajućeg programa u vrtiću.

Valpovo, _____

Potpis oba roditelja:

