**Podnositelj zahtjeva: M.B.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ime i prezime roditelja/skrbnika )

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ulica i kućni broj, mjesto )

Predškolska ustanova Pčelice Škrljevo

**DJEČJI VRTIĆ PČELICE**

**Škrljevo 112 d**

51 223 ŠKRLJEVO

OIB: 87439396922

Tel/fax: 251-130

**Zahtjev za upis djeteta u cjelodnevni program Dječjeg vrtića Pčelice Škrljevo u pedagoškoj godini 2024/2025.**

**IME I PREZIME DJETETA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATUM I MJESTO ROĐENJA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_OIB djeteta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ADRESA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_GRAD/OPĆINA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Potreba roditelja/skrbnika je da dijete boravi od ponedjeljka do petka od\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_do\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sati.

**IME I PREZIME MAJKE/SKRBNIKA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_OIB:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zaposlena: DA u \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NE, zanimanje\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon na radnom mjestu:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_telefon/mobitel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IME I PREZIME OCA/SKRBNIKA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_OIB:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zaposlen: DA u \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NE, zanimanje\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon na radnom mjestu:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_telefon/mobitel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**POSEBNE ZDRAVSTVENE POTREBE DJETETA:** (alergije, posebna prehrana, kronična oboljenja, epy,astma, febrilne konvulzije i dr)

( koje)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Uz prijavu obavezno priložiti:

* Preslika rodnog lista djeteta ili izvadak iz matice rođenih
* Uvjerenje o prebivalištu za dijete i jednog roditelja / skrbnika ili za samohranog roditelja / skrbnika /može i kopija osobne iskaznice
* Liječnička potvrda o cijepljenju

 **IZJAVA:**

Izjavljujem pod kaznenom odgovornošću da su gore navedeni podaci točni i ispravni.

ZAPRIMLJENO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Potpis roditelja / skrbnika:

KLASA: 601-02/24-01/02 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

UR.BROJ: 2170/01-54-08/02-24-\_\_\_