



## PRIJAVA ZA UPIS DJETETA U DJEČJI VRTIĆ "MAZA"

Sjedište: Marinići 80/b, 51216 Viškovo  
Mob: 091/500 30 41 Tel: 099/3 68 38 15  
OIB: 38542777910  
E-mail: [maza.vrtic@gmail.com](mailto:maza.vrtic@gmail.com)  
Web: <http://www.vrtici-maza.hr>

Podnosim prijavu za upis djeteta u cjelodnevni redoviti vrtićki program u mjestu (zaokružiti):

a) Viškovo

b) Klana

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

### I. PODACI O DJETETU

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

OIB DJETETA: : \_ \_ \_ \_ \_

DATUM I MJESTO ROĐENJA: \_\_\_\_\_

ADRESA STANOVANJA: \_\_\_\_\_

KUĆNI TELEFON: \_\_\_\_\_

IME I PREZIME PEDIJATRA: \_\_\_\_\_

BROJ TELEFONA: \_\_\_\_\_

### II. PODACI O RODITELJIMA I OBITELJI (nadopuniti ili zaokružiti)

	MAJKA	OTAC
IME I PREZIME:		
GODINA ROĐENJA:		
OIB:		
STRUČNA SPREMA:		
ZANIMANJE:		
POSLODAVAC:		
KONTAKT BROJ (MOB)		
KONTAKT MAIL:		
POSJEDOVANJE PROFILA NA DRUŠTVENOJ MREŽI		

OBITELJSKE PRILIKE: **bračna zajednica, vanbračna zajednica, rastavljeni roditelji**

OSTALI ČLANOVI DOMAĆINSTVA: **majka, otac, baka, djed, netko drugi-** \_\_\_\_\_

### III. PODACI O ZDRAVLJU DJETETA (nadopuniti i zaokružiti)

Stanje djeteta po porodu:	Porodajna težina/dužina _____ / _____ asfiksija, žutica, moždano krvarenje, stomatološka oštećenja, primanje kisika, inkubator
Procijepljenost djeteta:	redovito cijepljeno, nije redovito cijepljeno (ako nije - navesti razlog) _____
Molimo navesti datume sljedećih cjeviva:	
1. TUBERKULINSKO / BCG 2. DIFTERIJA, TETANUS, HRIPAVAC 3. DJEČJA PARALIZA 4. OSPICE, PAROTITIS, RUBEOLA 5. H. INFLUENZAE TIP B BOLESTI 6. HEPATITIS B - ENGERIX B	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____
Preboljene zarazne bolesti:	vodene kozice, šarlah, rubeola, streptokokna angina, parotitis

AKUTNE ILI DRUGE PREBOLJENE BOLESTI	PRISUTNO	SPECIFICIRATI VRSTU:
Respiratorni infekti	DA NE	
Febrilne konvulzije	DA NE	
Bolesti usta i zubi	DA NE	
Oštećenje vida	DA NE	
Oštećenje sluha	DA NE	
Bolesti urinarnog trakta	DA NE	
Probavne smetnje	DA NE	
Tjelesni invaliditet	DA NE	
Alergije	DA NE	

Hospitalizacija:	Oboljenje/ozljede	U kojoj dobi	Koliko dugo
Reakcija djeteta na hospitalizaciju:	Zadovoljavajuće, teška reakcija - bez posljedica, teška reakcija - s posljedicama		

	Zdravstvena ustanova	Pedijatar
<b>Pedijatrijske kontrole:</b>		
<b>Specijalističke kontrole ili tretmani (npr. fizijatar, ortoped, logoped...)</b>		
<b>Razlog specijalističke kontrole:</b>		

*Ukoliko je dijete ikada do sada bilo pod kontrolom ili terapijom specijalista ili specijaliziranih ustanova molimo Vas da prilikom upisa i donošenja sve potrebite dokumentacije u vrtić, donesete liječničku dokumentaciju na uvid.*

#### IV. PODACI O RAZVOJU, NAVIKAMA I ISKUSTVU DJETETA (nadopuniti i zaokružiti)

##### PREHRANA

Prehrana:	normalna za dob, specifična prehrana _____, odbija jesti _____
Apetit:	dobar, loš, promjenjiv, izbirljiv
Samostalnost pri hranjenju:	samo jede žlicom, pije iz bočice, pije iz šalice, potrebno je dohranjivanje
Alergija na određene nairnice:	

##### TOALET KONTROLA

Stolica:	redovita, neredovita, zadržavanje stolice, opstipacija, proljevi
Pelene:	stalno, samo noću, ne treba, posve samostalno u vršenju nužde bez pelena

##### SPAVANJE

Potreba za snom:	dnevni san od _____ do _____; ne spava danju
Navike uspavlivanja:	zaspi samo, zaspi uz nekog, treba mu neki predmet, teškoće vezane uz spavanje (koje)

##### RAZVOJNE OSOBITOSTI

Briga o djetetu do sada:	
Tijek i trajanje prilagodbe na ustanovu (ako je polazilo):	uspješna - kratkotrajna (manje od 3 dana), uspješna - dugotrajna (više od 3 tjedna), neuspješna - navesti mogući razlog _____
Iskustva u igri s djecom:	svakodnevna, povremena, vrlo mala, igra se većinom s odraslima, bez iskustva u igri s vršnjacima
U socijalnoj igri s djecom:	aktivno, pasivno - ali sudjeluje, ne sudjeluje, teško uspostavlja kontakt, pokazuje grubost u igri
Omiljene igračke i igre:	
Prijelazni objekt:	ima _____ (napisati koji), ima samo na spavanju _____ (napisati koji), nema
Govorni status:	odgovara dobi, mucanje, mutizam (ne govori), nečisto izgovara glasove (navesti koje) _____

Što Vas kao roditelja brine u vezi djetetova pohađanja vrtića?

---

---







---

---

## **IZJAVA:**

*Izjavljujem pod kaznenom i materijalnom odgovornošću da su prednje navedeni podaci točni i istiniti.*

### **Ostalo potrebno pri upisu:**

-  IZVADAK IZ MATICE ROĐENIH
-  POTVRDA O MJESTU PREBIVALIŠTA (ne starija od 30 dana) ILI PRESLIKA OSOBNE ISKAZNICE
-  POTVRDA O RADNOM STATUSU RODITELJA/SKRBNIKA
-  LIJEČNIČKA POTVRDA
-  POTVRDA O CIJEPLJENJU
-  POTVRDA STOMATOLOGA O STOMATOLOŠKOM PREGLEDU

Osobni podaci navedeni u ovoj prijavi se prikupljaju sukladno zakonskim i podzakonskim aktima. Obrada, čuvanje i korištenje osobnih podataka provodi se sukladno zakonu koji uređuje zaštitu osobnih podataka i drugim važećim propisima.

Mjesto i datum:

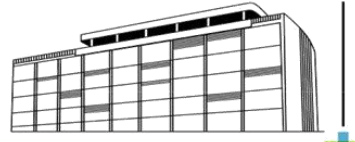
---

Vlastoručni potpis:

---



SVEUČILIŠTE U RIJECI - MEDICINSKI  
 FAKULTET Studij stomatologije  
 Krešimirova 40 □ 51000 Rijeka □ HRVATSKA  
 telefon: 00 385 51/ 21 32 55  
 Katedra za Kliničku pedodontiju  
 Kolegij pedodonticija



**NASTAVNI ZAVOD ZA  
 JAVNO ZDRAVSTVO**  
 PRIMORSKO-GORANSKE ŽUPANIJE

## STOMATOLOŠKI SISTEMATSKI PREGLED

ime i prezime \_\_\_\_\_

spol \_\_\_\_\_

datum rođenja \_\_\_\_\_

dječji vrtić \_\_\_\_\_

( MOLIMO ISPUNJAVATI VELIKIM TISKANIM SLOVIMA )

### STATUS:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### Mliječnih zuba:

V IV III II I I II III IV V

| | | | V IV III II I I II III IV V

+ - zdrav zub  
 K - karijes  
 E - izvađen zub P -  
 zub s ispunom

### Trajnih zuba:

7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7

7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7

### KEP INDEKS:

mliječni zubi

trajni zubi

kp: \_\_\_\_\_

kp: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Stomatolog: \_\_\_\_\_