



**DJEČJI VRTIĆ
•DUGI RAT•**

PODACI O DJETETU ZA UPIS U JASLICE

NAPOMENA:

Ovaj upitnik služi isključivo za upoznavanje Vašeg djeteta i njegovo što lakše uključivanje u vrtić/jaslice, pa Vas molimo da na pitanja odgovorite iskreno.

IME I PREZIME DJETETA

OIB: Datum i mjesto rođenja djeteta:

Adresa stanovanja:

Je li dijete do sada pohađalo jaslice? **DA** **NE**

Ako je odgovor DA, gdje i kada?

Razlozi zbog kojih podnosite prijavu o potrebi uključivanja djeteta u predškolsku ustanovu i što očekujete od predškolske ustanove za svoje dijete?

.....

.....

.....

PODATCI O RODITELJIMA/STARATELJIMA:

Ime majke: Ime oca:

OIB: OIB:

Zanimanje: Zanimanje:

Zaposlena u: Zaposlen u:

Telefon kod kuće: Telefon kod kuće:

Mobitel: Mobitel:

1. Dijete živi: a) s oba roditelja b) samo s majkom – ocem (zaokružite s kim)
 c) sa starateljem/udomiteljem

2. Ima li dijete braću i sestre? **DA** **NE**

3. **JESTE LI SUGLASNI DA SE SLIKA VAŠEG DJETETA STAVI NA WEB STRANICU VRTIĆA KAD SE PREZENTIRAJU STRUČNI PROJEKTI KOJI SE PROVODE U VRTIĆU ILI BILO KOJE DRUGE AKTIVNOSTI (NPR. IZLETI, PRIREDBE I SL.)?** (zaokružite odgovarajući odgovor)

DA **NE**

4. **JESTE LI SUGLASNI DA VAŠE DIJETE IZAĐE IZ JASLICA PRILIKOM ODLASKA U KAZALIŠTE, KINO, NA IZLET I SL.?** (zaokružite odgovarajući odgovor)

DA **NE**

5. DIJETE ĆE IZ VRTIĆA/JASLICA PREUZIMATI (navesti najviše tri punoljetne osobe):

a)

b)

c)

ZDRAVSTVENO STANJE DJETETA I OBITELJI

1. Jesu li trudnoća i porod bili uredni? DA NE
2. Je li dijete rođeno kao nedonošče (prijevremeni porod)? DA NE
3. Po rođenju zdravstvene poteškoće: a) nisu primijećene b) su potvrđene
4. Tjelesna dužina i masa pri porodu:
5. Zaokružite ukoliko se neke od navedenih bolesti učestalije javljaju:
a) prehlade d) bolesti usta i zubi
b) infekcije mokraćnih putova e) ostalo (što?)
c) želučane smetnje
6. Boluje li dijete od kroničnih bolesti koje je dijagnosticirao pedijatar (npr. šećerna bolest, kronični bronhitis, astma, epilepsija, srčani problemi, oštećenja vida ili nešto drugo)?
.....
7. Ima li kroničnih oboljenja u obitelji? Kojih članova? Kojih oboljenja?.....
8. Je li dijete redovito cijepljeno?
9. Je li dijete sklono učestalom liječenju antibioticima?
10. Koje je dječje bolesti preboljelo do sada? (šarlah, varičele)
11. Ima li problemi sa sluhom, vidom? Ako da, koristi li pomagala (naočale, slušni aparat)
12. Ima li dijete liječnički potvrđene alergije na:
a) hranu (koju?)
b) lijekove (koje?)
c) ostalo (što?)
13. Je li dijete doživjelo traumu (zaokružiti točan odgovor i pocrtati objašnjenje pod "b"):
a) fizičku b) psihičku (dulji boravak u bolnici, stres, preseljenje, smrt bliske osobe)
c) nije doživjelo ništa od navedenog
14. Je li dijete sklono temperaturnim grčevima (konvulzijama)? DA NE
15. Je li do sada imalo teže prijelome ruku, nogu i sl.?
16. Je li imalo problema sa zubima i usnom šupljinom, afte i sl.?
17. Odlazi li redovito stomatologu?.....
18. Ime stomatologa.....
19. Ime pedijatra
20. Je li dijete bilo smješteno u bolnicu (zašto, u kojoj dobi, koliko dugo, kako je dijete reagiralo na boravak u bolnici)?
.....
.....

NAVIKE I RAZVOJ DJETETA

1. Pije li dijete mlijeko? DA NE
2. Koristi li dijete bočicu? DA NE
3. Je li dijete samostalno pri jelu? DA NE

4. Pri hranjenju koristi: a) žlicu b) žlicu i vilicu c) prste
5. Pije li dijete samostalno iz čaše? DA NE
6. Koristi li dijete pelene? DA NE
7. Kada koristi pelene? a) samo pri spavanju b) stalno
8. Jeste li dijete stavljali na noćnu posudu? DA NE
9. Dijete je počelo puzati s mjeseci.
10. Kretanje djeteta: a) dijete hoda samo (prohodalo je s mjeseci)
b) hoda uz pridržavanje
c) ne hoda
11. Dijete hvata predmete svim prstima nasuprot palcu i uzima predmet palcem i kažiprstom? DA NE
12. Slaže li dijete kocku na kocku? DA NE
13. Da li je dijete sklono čestom čuvanju u krilu i nošenju na rukama? DA NE
14. Kako dijete reagira na nove situacije i osobe?
a) uznemireno, ali ga se lako utješi
b) neutješno
c) ravnodušno
d) sa znatiželjom
15. Kako smirite dijete kada je jako uznemireno?

.....

.....

16. Ima li dijete igračku ili neki predmet (npr. varalicu) uz koji je posebno vezano? DA NE

Koju?

17. Uspavljujete li dijete? DA NE

Kako?

18. Ima li dijete posebnih interesa, sklonosti? DA NE

Kojih?

19. Na što biste nas željeli posebno upozoriti u ponašanju Vašeg djeteta, a da nismo obuhvatili pitanjima?

.....

.....

AKO POSJEDUJETE LIJEČNIČKE NALAZE O ZDRAVSTVENIM ILI RAZVOJNIM TEŠKOCAMA DJETETA, MOLIMO VAS DA IH ODMAH PRILOŽITE UZ UPITNIK ILI NAM IH DOSTAVITE U ŠTO KRAĆEM ROKU.

Potpis roditelja:

.....