**Podaci o djetetu (ispunjava roditelj)**

|  |
| --- |
| **Opći podaci:** |
|  |
| **Ime i prezime djeteta:** |  |
|  |
| **Spol** | M | Ž | **Datum i mjesto rođenja:** |  |
| **OIB** |  | **Adresa stanovanja:** |  |
|  |
| **Podaci o roditeljima:** |
| **Otac** |
| **Ime i prezime:** |  | **Godina rođenja:** |  |
| **Zanimanje** |  |
| **Stručna sprema****(zaokružite ili boldajte)** |  | Bez OS | OS | SSS | VŠS | VSS | Doktorat |
| **Majka** |
| **Ime i prezime:** |  | **Godina rođenja:** |  |
| **Zanimanje** |  |
| **Stručna sprema****(zaokružite ili boldajte)** |  | Bez OS | OS | SSS | VŠS | VSS | Doktorat |
|  |
| **Bračno stanje roditelja:** |  |
| **Dijete živi s:** | 1. **S oba roditelja ili b) s \_\_\_\_**
 |
| **Je li netko u obitelji (do djedova i baka djeteta) boluje od nekih kroničnih bolesti (zaokružite)** |
| NE | **DA** **(navedite tko i koje bolesti)** |
|  |
| **Kontakt roditelja** |
| **Telefon:** |  | **e-mail:** |  |
|  |
| **Škola u koju se dijete upisuje:** |  |

**Iz anamneze**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Prvi zubići:**(s koliko mjeseci) |  | **Sjedi:**(s koliko mjeseci) |  | **Prve riječi:**(s koliko mjeseci) |  | **Prohodalo:**(s koliko mjeseci) |  |
|  |
| **Prestalo koristiti pelene:**(s koliko mjeseci) |  | **Pohađa Dječji vrtić:**(s koliko godina) |  | **Ne pohađa Dječji vrtić:**(zaokružite) |
|  |
| **Prehrana** |
| **Dnevno****mlijeka (ml)** |  | **Mesni obroci****na tjedan:** |  | **Kuhanih****obroka na dan:** |  |
|  |
| **Zdravstveni karton djeteta** |
| Boluje li dijete od kroničnih bolesti? |
| NE | **DA (navedite koje bolesti)** |
|  |
| Uzima li dijete neku terapiju?  |
| NE | **DA (navedite koju)** |
|  |
| Ima li dijete alergije?  |
| NE | **DA (navedite koju)** |
|  |
| Je li dijete preboljelo neku od ovih zaraznih bolesti.? Ako da, navedite godinu (zaokružite ili boldajte) |
| Vodene kozice (Varicella)  | NE | DA  |  |
| Šarlah  | NE | DA  |  |
| Difterija | NE | DA  |  |
| Infektivna mononukleoza  | NE | DA  |  |
| Tuberkuloza | NE | DA  |  |
| Ospice | NE | DA  |  |
| Rubeola | NE | DA  |  |
| Zaušnjaci | NE | DA  |  |
| Hepatitis | NE | DA  |  |
|  |
| Je li dijete upućivano: (zaokružite ili boldajte) |
| **Logopedu** | NE | DA | **Psihologu** | NE | DA | **Specijalistički pregled** | NE | DA (koji?) |
|  |
| Imate li kakvu napomenu o funkcioniranju Vašeg djeteta? |
|  |
|  |
| Datum i mjesto ispunjavanja |  | Potpis roditelja |