Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Za internu uporabu

**DJEČJI VRTIĆ MEDULIN**

Skupina: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PODACI O DJETETU** kod upisa u vrtić

1. **OPĆI PODACI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ime i prezime djeteta: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Spol: M / Ž |
| Mjesto i datum rođenja: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Adresa stanovanja: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Općina:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Tel. kućni: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Mob.mama:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Mob.tata:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| JMBG djeteta | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| OIB djeteta | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Ime pedijatra: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Ime stomatologa: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Broj osigurane osobe: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Osnova osiguranja: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

Ukupan broj odraslih članova obitelji u zajedničkom kućanstvu :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ukupan broj djece u zajedničkom kućanstvu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ime djeteta | Datum rođenja | Vrtić/škola |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Uvjeti stanovanja: stan - kuća - podstanari - stan u zajedničkoj kući

Uvjete stanovanja roditelj procjenjuje: slabim - dobrim

1. **ZDRAVSTVENO STANJE DJETETA**

|  |  |
| --- | --- |
| Porod (zaokružiti): | 1. u predviđeno vrijeme
2. prijevremen / kasni
3. prirodan
4. carski rez
5. vacum
 |
| Porođajna težina: ­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Stanje djeteta po porodu:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Prohodalo sa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Progovorilo sa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Dijete je prebolilo: | vodene kozice, šarlah, angine, nešto drugo\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Postojanje febrilnih konvulzija: | DA - NE |
| Postojanje alergijskih reakcija: | DA - NE; Koje? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Drugi zdravstveni problemi? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Dijete uzima terapiju? | DA - NE; Koju? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Probavne smetnje? | DA - NE |
| Ortopedski status  | kukovi, stopala, kičma…? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Stanje zubića | ­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

U slučaju temperature dijete smije koristiti? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Da li je dijete bilo hospitalizirano? DA – NE, Kada?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Koliko dugo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

U obitelji su prisutne kronične bolesti ili druge zdravstvene poteškoće ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. **NAVIKE VEZANE UZ UZIMANJE HRANE**

|  |  |
| --- | --- |
| Dijete se hrani: | boca – miksano – sitno sjeckano - samostalno |
| Apetit djeteta je? | dobar – slab - promjenjljiv |
| Dijete odbija jesti? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Roditelj je suglasan na  | djetetovo odbijanje određenih namirnica??? |

1. **NAVIKE VEZANE UZ SPAVANJE**

Trajanje noćnog sna? od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Trajanje dnevnog sna? od \_\_\_\_\_\_\_\_\_ do\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Želite li da dijete u vrtiću spava? | DA - NE |
| San djeteta je: | miran – nemiran – ponekad se noću budi |
| Dijete se uspavljuje uz pomoć: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. **KONTROLA MOKRENJA I STOLICE**

|  |  |
| --- | --- |
| Kontrola je:  | potpuna – nepotpuna – zadržava stolicu |
| Dijete koristi pelenu? | DA - NE, od kada?\_\_\_\_\_\_\_ Samo noću |
| U upotrebi wc-a dijete: | Treba pomoć - Samostalno je |
| Ponekad ne kontrolira mokrenje? | Kada?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. **OSTALE NAVIKE DJETETA**

|  |  |
| --- | --- |
| Samostalno je u oblačenju | DA - NE Samoinicijativno pita pomoć |
| Od igračaka preferira: | ­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Vezano je za neku igračku ili predmet: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Najradije se igra s: | odraslima - djecom - samostalno |
| Dijete ima razvijenu lateralizaciju | lijeva – desna - ambidekster |
| Očekivane reakcije na promjene: | ­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Dijete pohađa i druge programe izvan vrtića? | Koje? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. **RAZVOJ I PONAŠANJE DJETETA**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Senzorni razvoj (vid, sluh…)
 | 1. Tjelesni razvoj\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| 1. Intelektualni razvoj
 | 1. Motorički razvoj\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| 1. Govor - jasan, nejasan, tepa, muca
 | 1. hiperaktivnost
 |
| 1. tikovi
 | 1. agresivnost - grize – tuče - razbija
 |
| 1. čupa kosu
 | 1. grize nokte
 |
| 1. ljubomora
 | 1. introventiranost
 |
| 1. potištenost
 | 1. afektivne respiratorne krize
 |
| 1. drugo
 |  |

Želite li napomenuti ili naglasiti nešto drugo važno za razvoj Vašeg djeteta?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Privitci:

1. liječnička potvrda o obavljenom sistematskom pregledu
2. preslik zdravstvene iskaznice djeteta
3. preslik knjižice cijepljenja djeteta
4. autorizacija o dovođenju i odvođenju djeteta
5. rješenje o skrbi za dijete (kod brakorazvoda)
6. druga zatražena medicinska dokumentacija)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Potpis roditelja | Potpis stručnog djelatnika vrtića |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |