

## Podaci o djetetu (ispunjava roditelj)

### Opći podaci:

Ime i prezime djeteta : \_\_\_\_\_ Spol M / Ž

Datum i mjesto rođenja : \_\_\_\_\_

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

Adresa stanovanja : \_\_\_\_\_

Ime i prezime oca \_\_\_\_\_ god.rođenja \_\_\_\_\_

Ime i prezime majke \_\_\_\_\_ god.rođenja \_\_\_\_\_

Zanimanje oca \_\_\_\_\_

Stručna sprema : OŠ, SŠ, Više i visoko obrazovanje, Doktorat (zaokružiti)

Zanimanje majke \_\_\_\_\_

Stručna sprema majke : OŠ, SŠ, Više i visoko obrazovanje, Doktorat (zaokružiti)

Bračno stanje roditelja \_\_\_\_\_

Dijete živi s : oba roditelja ili \_\_\_\_\_

Da li netko u obitelji ( do djedova i baka djeteta) boluje od nekih kroničnih bolesti (zaokružiti):

Ne

Da – navesti tko i od koje bolesti:

Kontakt roditelja: telefon \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Škola u koju se dijete upisuje: OŠ \_\_\_\_\_

### Iz anamneze:

Prvi zubići s \_\_\_ mj. Sjedi s \_\_\_ mj. | Prve riječi s \_\_\_ mj. | Prohodalo s \_\_\_ mj.

Prestalo koristiti pelene s \_\_\_\_\_mj. | Pohađa vrtić \_\_\_ god. /nije pohađalo vrtić

Prehrana: dnevno mlijeka \_\_\_ ml , kuhanih obroka/dan\_\_\_\_,mesni obroci/tjedan\_\_\_\_

Boluje li dijete od kroničnih bolesti? Ne/ Da \_\_\_\_\_

Uzima li dijete neku terapiju? Ne/Da \_\_\_\_\_

Ima li dijete alergije? Ne/ Da \_\_\_\_\_

Je li dijete prebolilo neku od ovih zaraznih bolesti.? Ako da, navedite godinu .

Vodne 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 \_\_\_\_\_

Dijete upućivano: logopedu NE/DA  
psihologu NE/DA  
specijalistički pregled NE/DA, kojem specijalisti? \_\_\_\_\_

Imate li kakvu napomenu o funkcioniranju Vašeg djeteta? \_\_\_\_\_

Datum ispunjavanja \_\_\_\_\_ Potpis roditelja: \_\_\_\_\_