JU“Dječiji vrtić“ Vitez

Hrvatskuh branitelja bb

Tel: 030/711 424

**PRIJAVNICA ZA UPIS DJETETA U MALU ŠKOLU**

Ime i prezime djeteta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dan, mjesec i godina rođenja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mjesto rođenja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

JMBG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Spol djeteta: M – Ž (zaokružiti)

Adresa stanovanja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Broj telefona:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dijete živi sa:

a) oba roditelja b) sa majkom c) sa ocem d)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (zaokružiti ili dopuniti)

Broj članova porodice/obitelji: \_\_\_\_\_\_ Broj djece:\_\_\_\_\_\_\_\_

Da li Vaše dijete boluje od neke kronične bolesti? a)DA b) NE

Ukoliko je odgovor DA, navedite koje: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **PODACI O RODITELJIMA** |  |
|  | **MAJKA** | **OTAC** |
| Ime i prezime |  |  |
| JMBG |  |  |
| Adresa stanovanja |  |  |
| Broj telefona |  |  |
| Zanimanje |  |  |
| Stručna sprema (zaokružiti) | a) NSS b) SSS c) VŠS  d) VSS e) MR f) DR | a) NSS b) SSS c) VŠS  d) VSS e) MR f) DR |
| Zaposlen/a u: |  |  |
| Adresa ustanove |  |  |

Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Roditelj/staratelj:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_