R E P U B L I K A H R V A T S K A

KARLOVAČKA ŽUPANIJA

OSNOVNA ŠKOLA CETINGRAD

PROGRAM PREDŠKOLSKOG ODGOJA ZA DJECU OD 3 GODINE DO POLASKA U ŠKOLU

I.F.Cetinskog 11

47 222 Cetingrad

**ZAHTJEV ZA UPIS U REDOVITI PREDŠKOLSKI PROGRAM DJECE**

|  |  |
| --- | --- |
| **IME I PREZIME DJETETA**  |  |
| DAN, MJESEC I GODINA ROĐENJA  |  |
| OIB  |  |
| MJESTO I ADRESA STANOVANJA  |  |
|  |  |
| **IME I PREZIME MAJKE /SKRBNIKA/STARATELJA** |  |
| OIB  |  |
| MJESTO I ADRESA STANOVANJA  |  |
| ZANIMANJE I STRUČNA SPREMA  |  |
| ADRESA ZAPOSLENJA |  |
| BROJ MOBITELA |  |
|  |  |
|  |  |
| **IME I PREZIME OCA**  |  |
| OIB |  |
| MJESTO I ADRESA STANOVANJA  |  |
| ZANIMANJE I STRUČNA SPREMA  |  |
| ADRESA ZAPOSLENJA  |  |
| 8ROJ MOBITELA  |  |

Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Potpis:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PRILOŽITI:

Potvrdu OIB-a djeteta, Osobnu iskaznicu roditelja, a za dijete i roditelje koji imaju status stranca potvrdu o boravištu (ne stariju od 6 mjeseci) -preslika,

Zdravstvenu iskaznicu djeteta - preslika,

 Dokaz o urednom cijepljenju djeteta (iskaznica imunizacije) -preslika,

Liječničku potvrdu pedijatra o zdravstvenom stanju djeteta,

Svu ostalu dokumentaciju kojom se dokazuju bitne činjenice za ostvarivanje prednosti pri
upisu (prema Javnom pozivu i Pravilniku).

Potvrda zaprimanja: