



Poliklinika za rehabilitaciju slušanja i govora SUVAG  
Dječji vrtić Poliklinike SUVAG

IME I PREZIME PODNOSITELJA ZAHTJEVA: \_\_\_\_\_

ADRESA (ulica, kućni broj, grad/općina): \_\_\_\_\_

**PRIJAVNICA  
ZA UKLUČIVANJE U KOMPLEKSNI REHABILITACIJSKI PROGRAM**

**ISPUNJAVA OVLAŠTENA OSOBA:**

Datum prijave: \_\_\_\_\_ Pedagoška godina: \_\_\_\_\_

Datum dolaska: \_\_\_\_\_ Skupina: \_\_\_\_\_

Program: \_\_\_\_\_ Voditelj skupine: \_\_\_\_\_

govorno-jezični poremećaji

slušno-govorno oštećenje

Individualni rehabilitator: \_\_\_\_\_

**ISPUNJAVA RODITELJ/SKRBNIK/ZAKONSKI ZASTUPNIK:**

**PODATCI O DJETETU**

IME: \_\_\_\_\_ PREZIME: \_\_\_\_\_

OIB: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SPOL: M Ž

DAN, MJESEC I GODINA ROĐENJA: \_\_\_\_\_ DRŽAVLJANSTVO: \_\_\_\_\_

MJESTO ROĐENJA: \_\_\_\_\_ DRŽAVA ROĐENJA: \_\_\_\_\_

ADRESA PREBIVALIŠTA: \_\_\_\_\_  
grad / općina ulica i kućni broj

ADRESA BORAVIŠTA: \_\_\_\_\_  
grad / općina ulica i kućni broj

DIJETE JE ZDRAVSTVENO OSIGURANO PO: \_\_\_\_\_

MATIČNI BROJ OSIGURANE OSOBE: \_\_\_\_\_

DIJETE SE LIJEČI U DOMU ZDRAVLJA: \_\_\_\_\_ IME LIJEČNIKA: \_\_\_\_\_

**PODATCI O RODITELJIMA/SKRBNICIMA/ZAKONSKIM ZASTUPNICAMA:**

**MAJKA**

IME: \_\_\_\_\_

PREZIME: \_\_\_\_\_

DAN, MJESEC I GODINA ROĐENJA: \_\_\_\_\_

MJESTO ROĐENJA: \_\_\_\_\_

DRŽAVLJANSTVO: \_\_\_\_\_

OIB: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ADRESA PREBIVALIŠTA: \_\_\_\_\_  
grad / općina

\_\_\_\_\_ ulica i kućni broj

ADRESA BORAVIŠTA: \_\_\_\_\_  
grad / općina

\_\_\_\_\_ ulica i kućni broj

KONTAKT TELEFON, MOBILTEL: \_\_\_\_\_

E-MAIL ADRESA: \_\_\_\_\_

STRUČNA SPREMA: NSS    SSS    VŠS    VSS

ZANIMANJE: \_\_\_\_\_

ZAPOSLENA: DA    NE    NAZIV I ADRESA POSLODAVCA: \_\_\_\_\_

KONTAKT NA RADNOM MJESTU - TELEFON, MOBILTEL: \_\_\_\_\_

**OTAC**

IME: \_\_\_\_\_

PREZIME: \_\_\_\_\_

DAN, MJESEC I GODINA ROĐENJA: \_\_\_\_\_

MJESTO ROĐENJA: \_\_\_\_\_

DRŽAVLJANSTVO: \_\_\_\_\_

OIB: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ADRESA PREBIVALIŠTA: \_\_\_\_\_  
grad / općina

\_\_\_\_\_ ulica i kućni broj

ADRESA BORAVIŠTA: \_\_\_\_\_  
grad / općina

\_\_\_\_\_ ulica i kućni broj

KONTAKT TELEFON, MOBILTEL: \_\_\_\_\_

E-MAIL ADRESA: \_\_\_\_\_



Poliklinika za rehabilitaciju slušanja i govora SUVAG  
Dječji vrtić Poliklinike SUVAG

STRUČNA SPREMA: NSS SSS VŠS VSS ZANIMANJE: \_\_\_\_\_

ZAPOSLEN: DA NE NAZIV I ADRESA POSLODAVCA: \_\_\_\_\_

KONTAKT NA RADNOM MJESTU - TELEFON, MOBITEL: \_\_\_\_\_

**DOSADAŠNJI REHABILITACIJSKI POSTUPCI**

Je li dijete do sada bilo uključeno u rehabilitacijski postupak? DA NE

Ako da, u kojoj ustanovi? \_\_\_\_\_

Naziv dječjeg vrtića koji dijete trenutno pohađa: \_\_\_\_\_

**Predajom prijavnice dijete nije upisano u Dječji vrtić Poliklinike SUVAG. Dijete je upisano u Dječji vrtić u trenutku kad roditelj/skrbnik potpiše ugovor s Poliklinikom SUVAG. Dječji vrtić zadržava pravo rasporeda djeteta u skupine prilikom upisa i ostvarivanja programa.**

Izjavljujem i vlastoručnim potpisom potvrđujem da su podaci navedeni u ovoj prijavnici i priloženoj dokumentaciji točni i potpuni te da ovlašćujem Dječji vrtić Poliklinike SUVAG da iste ima pravo provjeravati, obrađivati, čuvati i koristiti u skladu sa Zakonom o provedbi Opće uredbe o zaštiti podataka (NN 42/18) i Općom uredbom o zaštiti podataka (GDPR) te drugim važećim propisima, a u svrhu sklapanja i izvršenja ugovora o ostvarivanju kompleksnog rehabilitacijskog postupka.

Ime i prezime roditelja/skrbnika/zakonskog skrbnika: \_\_\_\_\_

vlastoručni potpis roditelja/skrbnika/zakonskog skrbnika: \_\_\_\_\_

KLASA: \_\_\_\_\_  
(UPISUJE DJEČJI VRTIĆ)

UR. BROJ: \_\_\_\_\_  
(UPISUJE DJEČJI VRTIĆ)