

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 DIJETETU

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: _____

STRUČNA SPREMA: NSS SSS VŠS VSS ZANIMANJE: _____

ZAPOSLEN: DA NE NAZIV I ADRESA POSLODAVCA: _____

KONTAKT NA RADNOM MJESTU - TELEFON, MOBILTEL: _____

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: _____