



Poliklinika za rehabilitaciju slušanja i govora SUVAG
Dječji vrtić Poliklinike SUVAG

IME I PREZIME PODNOSITELJA ZAHTJEVA: _____

ADRESA (ulica, kućni broj, grad/općina): _____

**PRIJAVNICA
ZA UKLJUČIVANJE U KOMPLEKSNI REHABILITACIJSKI POSTUPAK**

ISPUNJAVA OVLAŠTENA OSOBA:

Datum prijave: _____ Pedagoška godina: _____

Datum dolaska: _____ Skupina: _____

Program: _____ Voditelj grupne rehabilitacije: _____

jezično-govorni 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: _____ GRADSKA ČETVRT/MJESTO: _____

ULICA I KUĆNI BROJ: _____

ADRESA BORAVIŠTA:

GRAD/OPĆINA: _____ GRADSKA ČETVRT/MJESTO: _____

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: _____

DRŽAVLIJANSTVO: _____

OIB:

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

ADRESA PREBIVALIŠTA:

GRAD/OPĆINA: _____ GRADSKA ČETVRT/MJESTO: _____

ULICA I KUĆNI BROJ: _____

ADRESA BORAVIŠTA:

GRAD/OPĆINA: _____ GRADSKA ČETVRT/MJESTO: _____

ULICA I KUĆNI BROJ: _____

KONTAKT TELEFON, MOBILTEL: _____ E-MAIL ADRESA: _____

STRUČNA SPREMA: NSS SSS VŠS VSS ZANIMANJE: _____

ZAPOSLENA: DA NE

NAZIV POSLODAVCA: _____ ADRESA POSLODAVCA: _____

KONTAKT NA RADNOM MJESTU: _____

OTAC

IME:

PREZIME: _____

DAN, MJESEC I GODINA ROĐENJA: _____

MJESTO ROĐENJA: _____

DRŽAVLJANSTVO: _____

[illegible]**ADRESA PREBIVALIŠTA:**

GRAD/OPĆINA: _____ GRADSKA ČETVRT/MJESTO: _____

ULICA I KUĆNI BROJ:

ADRESA BORAVIŠTA:

GRAD/OPĆINA: _____ GRADSKA ČETVRT/MJESTO: _____

ULICA I KUĆNI BROJ:

KONTAKT TELEFON, MOBILTEL: _____ E-MAIL ADRESA: _____

STRUČNA SPREMA: NSS SSS VŠS VSS ZANIMANJE:

ZAPOSLENA: DA NE

NAZIV POSLODAVCA: _____ ADRESA POSLODAVCA: _____

KONTAKT NA RADNOM MJESTU: _____

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: _____

U prijavnici je obavezno ispuniti SVA polja. Nepotpune prijavnice se neće uzimati u obzir. 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: 510-08/24-04

UR. BROJ: 262-04-2024-328