

Poštovani roditelji, molimo Vas da ispunjeni obrazac pošaljete nekoliko dana prije pregleda na mail: [suzana.marohnic@zzjzpgz.hr](mailto:suzana.marohnic@zzjzpgz.hr)

## Podaci o djetetu (ispunjava roditelj)

Datum kada ste pozvani na pregled:		Škola u koju se dijete upisuje:	
<b>Opći podaci:</b>			
Ime i prezime djeteta:			
Datum i mjesto rođenja :			OIB :
Adresa stanovanja :			
Ime i prezime oca		god.rođenja	
Zanimanje oca		Stručna sprema oca :	OŠ SŠ Viša Visoka Doktorat
Ime i prezime majke		god.rođenja	
Zanimanje majke		Stručna sprema majke :	OŠ SŠ Viša Visoka Doktorat
Bračno stanje roditelja: _____		Dijete živi s :	<ul style="list-style-type: none"> <li>• oba roditelja</li> <li>• _____</li> </ul>
Kontakt roditelja, telefon: _____		e-mail _____	
Boluje li netko u obitelji od nekih kroničnih bolesti?		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne</li> <li>• Da (navesti tko i od koje bolesti)</li> </ul> _____	

<b>Razvoj</b>			
<b>Rođen :</b> • U terminu • _____	<b>Porodajna težina:</b> _____	<b>Porodajna dužina:</b> _____	<b>APGAR:</b> _____
<b>Prvi zubići s</b> ___ mj.	<b>Sjedi s</b> ___ mj.	<b>Prve riječi s</b> ___ mj.	<b>Prohodalo s</b> ___ mj.
<b>Prestalo koristiti pelene s</b> _____mj.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Pohađa vrtić</b> ___ god.</li> <li>• <b>nije pohađalo vrtić</b></li> </ul>		
<b>Prehrana:</b>			
dnevno <b>mlijeka</b> ___ ml	kuhanih obroka/dan ___,	mesni obroci/tjedan ___	
<b>Bolesti:</b>			
<b>Boluje li dijete od kroničnih bolesti?</b>			
<b>Uzima li dijete neku terapiju?</b>			
<b>Ima li dijete alergije?</b>			
<b>Je li dijete preboljelo neku od ovih zaraznih bolesti.? Ako da, navedite godinu .</b>	<b>Vodne kozice</b> Ne/Da	<b>Šarlah</b> Ne/Da	<b>Difterija</b> Ne/Da
	<b>Infektivna mononukleoza</b> Ne /Da	<b>Tuberkuloza</b> Ne /Da	<b>Hepatitis</b> Ne/Da
	<b>Rubeola</b> Ne /Da	<b>Zaušnjaci</b> Ne /Da	<b>Ospice</b> Ne /Da
<b>Je li dijete upućivano:</b>	<b>Logopedu</b>		Ne/Da
	<b>Psihologu</b>		Ne/Da
	<b>Neki drugi specijalistički pregled</b>		Ne/Da

Imate li kakvu napomenu o funkcioniranju Vašeg djeteta?

---



---

Datum ispunjavanja \_\_\_\_\_