**Podaci o djetetu (ispunjava roditelj)**

Opći podaci:

Ime i prezime djeteta : \_\_\_

Spol (M/Ž ) : \_\_\_

Datum i mjesto rođenja : \_\_\_

OIB : \_\_\_

Adresa stanovanja : \_\_\_

Ime, prezime i god. rođenja oca: \_\_\_

Ime, prezime i god. rođenja majke: \_\_\_

Zanimanje oca: \_\_\_

Stručna sprema (OŠ, SŠ, Više i visoko obrazovanje, Doktorat) oca: \_\_\_

Zanimanje majke: \_\_\_

Stručna sprema (OŠ, SŠ, Više i visoko obrazovanje, Doktorat) majke: \_\_\_

Bračno stanje roditelja: \_\_\_

Dijete živi s (oba roditelja ili navesti): \_\_\_

Da li netko u obitelji (od djedova i baka djeteta) boluje od nekih kroničnih bolesti (NE/DA):\_\_\_

Ako da, navesti tko i od koje bolesti: \_\_\_

Kontakt roditelja: tel./mob i e-mail majke: \_\_\_

tel./mob i e-mail oca: \_\_\_

Škola u koju se dijete upisuje: OŠ \_\_\_

Iz anamneze:

Prvi zubići s \_\_\_ mj. Sjedi s \_\_\_\_ mj. | Prve riječi s \_\_\_ mj. | Prohodalo s \_\_\_\_ mj.

Prestalo koristiti pelene s \_\_\_mj. | Pohađa vrtić \_\_\_ god. /nije pohađalo vrtić

Prehrana: dnevno mlijeka \_\_\_ ml , kuhanih obroka/dan\_\_\_,mesni obroci/tjedan\_\_\_\_

Boluje li dijete od kroničnih bolesti (ako da, navesti)? (NE/DA) \_\_\_

Uzima li dijete neku terapiju (ako da, navesti)? (NE/DA) \_\_\_

Ima li dijete alergije (ako da, navesti)? (NE/DA) \_\_\_

Je li dijete prebolilo neku od ovih zaraznih bolesti? Ako da, navedite godinu.

Vodene kozice (Varicella) (NE/DA) \_\_\_

Šarlah (NE/DA) \_\_\_

Difterija (NE/DA) \_\_\_

Infektivna mononukleoza (NE/DA) \_\_\_

Tuberkuloza (NE/DA) \_\_\_

Ospice (NE/DA) \_\_\_

Rubeola (NE/DA) \_\_\_

Zaušnjaci (NE/DA) \_\_\_

Hepatitis (NE/DA) \_\_\_

Dijete upućivano: logopedu (NE/DA): \_\_\_

psihologu (NE/DA): \_\_\_

specijalistički pregled (NE/DA, kojem specijalisti?) \_\_\_

Imate li kakvu napomenu o funkcioniranju Vašeg djeteta?\_\_\_

Datum ispunjavanja: \_\_\_ Potpis roditelja:\_\_\_