



OSNOVNA ŠKOLA SESVETE

10360 SESVETE

I. G. Kovačića 19

Tel: 01-2000-254; Fax: 01-2049-939

web adresa: [www.os-sesvete.hr](http://www.os-sesvete.hr)

e-mail : [os-sesvete@os-sesvete-zg.skole.hr](mailto:os-sesvete@os-sesvete-zg.skole.hr)

## UPITNIK

### ZA RODITELJE PRI UPISU DJECE U PRVI RAZRED

Podatci se prikupljaju u svrhu dobrobiti i zaštite Vašeg djeteta te Vas molimo da iskreno odgovarate na pitanja.

Prezime i ime djeteta	Datum rođenja	Adresa stanovanja	Dijete prijavljeno na toj adresi ( ako ne, upisati gdje je prijavljeno )
			DA            NE

OIB DJETETA:

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

### PODATCI O RODITELJIMA ( SKRBNIKU )

	OTAC	MAJKA	SKRBNIK
1. Prezime i ime			
2. Školska sprema (bez OŠ, OŠ, SS, VŠS, VSS)			
3. Zanimanje			
Zaposlen/a			

4. Telefon - stan - mobitel			
5. E-mail adresa			

**DIJETE ŽIVI S:**

a) oba roditelja    b) s jednim roditeljem ( \_\_\_\_\_ ) *navesti kojim*    c) sa starateljem

**RODITELJI:**

a) žive zajedno    b) razvedeni    c) jedan roditelj pokojni ( \_\_\_\_\_ ) *navesti koji*

**ČLANOVI UŽE OBITELJI (braća, sestre i ostali) KOJI ŽIVE U ZAJEDNIČKOM KUĆANSTVU S DJETETOM:**

IME I PREZIME	SRODSTVO S DJETETOM	NAPOMENA

**STAMBENE PRILIKE**

**Stambene prilike obitelji:** a) vlastita kuća    b) vlastiti stan    c) podstanarstvo d) \_\_\_\_\_

**Udaljenost kuće od škole :** a) do 1 km    b) 1-3 km    c) više od 3 km

**Dijete će za učenje imati:**

a) vlastitu sobu    b) posebno mjesto u zajedničkoj sobi    c) \_\_\_\_\_

## **RAZVOJ DJETETA**

Dijete je: a) dešnjak b) ljevak c) ambidekster (služi se objema rukama podjednako)

Dijete **je** / **nije** doživjelo fizičku traumu (povredu, nezgodu). Ako je, navesti kakvu i u kojoj godini života:

---

Dijete **je** / **nije** doživjelo psihičku traumu (npr. smrt bliske osobe, obiteljske svađe, agresivnost roditelja, prometnu nesreću i sl.). Ako je, navesti kakvu i u kojoj godini života:

---

---

Dijete **je** – **nije** alergično. Ako da, navesti na što:

---

Boluje li dijete od kakve kronične bolesti? Ako da, navedite bolest:

---

---

**Govor** djeteta je a) razvijen

b) ima odstupanje: (mucanje, tepanje, teškoće u izgovoru) \_\_\_\_\_

**Vid** djeteta: a) normalan b) kratkovidno c) dalekovidno d) \_\_\_\_\_

**Sluh** djeteta: a) normalan b) uočene smetnje: \_\_\_\_\_

Dijete **ima** – **nema** smetnje:

a) tikovi (žmirkanje, trzanje) b) česte teže glavobolje c) noćno mokrenje

d) grickanje noktiju e) sisanje prstiju f) \_\_\_\_\_

Dijete **ima / nema** poteškoće u ponašanju:

- a) agresivni ispadi prema drugima    b) agresivni ispadi prema sebi    c) asistenta    u dječjem vrtiću    d) \_\_\_\_\_

**Dijete je polazilo:** a) vrtić (navesti koji) \_\_\_\_\_ b) malu školu

**Dijete će polaziti izbornu nastavu vjeronauka:** a) DA    b) NE

**Dijete će polaziti izbornu nastavu informatike:** a) DA    b) NE

**Dijete će biti uključeno u produženi boravak:** a) DA    b) NE

**Potvrda o zaposlenju majke:** a) DA    b) NE

**Potvrda o zaposlenju oca:** a) DA    b) NE

Je li dijete bilo u kakvom tretmanu zbog nekog problema odrastanja (problem sa govorom, motorikom, neurotskim smetnjama i sl.), u kojoj dobi i gdje?

---

---

---

---

Napomena:

---

---

---

---

Podatci prikupljeni ovim upitnikom služe za utvrđivanje spremnosti djeteta za školu, a OŠ Sesvete se obvezuje na tajnost i povjerljivost osobnih podataka, kao i da se isti neće koristiti u druge svrhe, sukladno Općoj uredbi o zaštiti osobnih podataka.

**Suglasan/na sam da se podatci koji se nalaze u ovom upitniku koriste u svrhu upisa djeteta u osnovnu školu.**

Potpis roditelja: \_\_\_\_\_

\*točnost podataka i suglasnost potvrđujem svojim potpisom