Dječji centar Logos
Matije Mesića 11, Slavonski Brod
OIB: 07927594872
IBAN: HR6724840081103940041
092 326 8431
logos@centar-logos.hr

PODNOSITELJ ZAHTJEVA

IME I PREZIME RODITELJA/SKRBNIKA: _____

ZAHTJEV ZA NASTAVAK POHAĐANJA

KRAĆEG PROGRAMA ZA POTICANJE RAZVOJA JEZIKA, GOVORA I PREDČITAČKIH VJEŠTINA

PODACI O DJETETU

Broj članske iskaznice Dječjeg kluba Gita		Datum rođenja	
Ime i prezime djeteta			

ZAHTJEV PODNOSIM ZA UPIS DJETETA U SLJEDEĆI PROGRAM:
(označite znakom x ispred željenog programa)

	Naziv skupine	Termin održavanja	Uzrast djeteta
	PLAVA ZVIJEZDA	**PONEDJELJKOM** OD 17:00 DO 19:00	3-4 GODINE
	SREBRNI VRTULJAK	**UTORKOM I ČETVRTKOM** OD 17:00 DO 19:00	4-5 GODINA
	ZLATNA TRUBLJA	**SRIJEDOM I PETKOM** OD 17:00 DO 19:00	5-7 GODINA
	KOMBINACIJA*		

*Unesite sami željene termine – 2, 3, ili 4 puta tjedno

Dječji centar Logos
Matije Mesića 11, Slavonski Brod
OIB: 07927594872
IBAN: HR6724840081103940041
092 326 8431
logos@centar-logos.hr

PRILOŽENA DOKUMENTACIJA (zaokružite)

OSNOVNA DOKUMENTACIJA

1. POTVRDA NADLEŽNOG LIJEČNIKA O OBAVLJENOM SISTEMATSKOM PREGLEDU DJETETA

DODATNA DOKUMENTACIJA:

1. ZA DIJETE UKLJUČENO U EDUKACIJSKO-REHABILITACIJSKI ILI LOGOPEDSKI TRETMAN – NALAZ I MIŠLJENJE NADLEŽNOG STRUČNJAKA

2. ZA DIJETE KOJE IMA SPECIFIČNE RAZVOJNE I/ILI ZDRAVSTVENE POTREBE – RELEVANTNA DOKUMENTACIJA

*Izjavljujem i vlastoručnim potpisom potvrđujem da su podaci navedeni u ovom zahtjevu i priloženoj dokumentaciji točni i potpuni te ovlašćujem udrugu Dječji centar Logos da iste ima pravo provjeravati, obrađivati, čuvati i koristiti u skladu sa Zakonom o zaštiti osobnih podataka i drugim važećim propisima, a u svrhu **PRODULJENJA** Ugovora o uključivanju u kraći program predškolskog odgoja u udruzi.*

U Slavonskom Brodu, _____ Potpis podnositelja zahtjeva _____