



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

PODNOŠITELJ 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
<input type="checkbox"/>	SREBRNI VRTULJAK	<b>UTORKOM I ČETVRTKOM</b> OD 17:00 DO 19:00	3-5 GODINA
<input type="checkbox"/>	ZLATNA TRUBLJA	<b>SRIJEDOM I PETKOM</b> OD 17:00 DO 19:00	5-7 GODINA

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 \_\_\_\_\_