



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

PODNOŠITELJ ZAHTEVA

IME I PREZIME RODITELJA/SKRBNIKA: _____

**ZAHTEV ZA UPIS DJETETA
U KRAĆI PROGRAM ZA POTICANJE RAZVOJA JEZIKA,
GOVORA I PREDČITAČKIH VJEŠTINA**

PODACI O DJETETU

Ime i prezime		Datum i mjesto rođenja	
OIB		Spol	
Adresa stanovanja:			

PODACI O RODITELJIMA/SKRBNICIMA/UDOMITELJIMA

MAJKA

Ime i prezime			
OIB		Broj tel/mob.	
Adresa stanovanja:		E-mail adresa	

OTAC

Ime i prezime			
OIB		Broj tel/mob.	
Adresa stanovanja:		E-mail adresa	



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

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

	Naziv skupine	Termin održavanja	Uzrast djeteta
	SREBRNI VRTULJAK	UTORKOM I ČETVRTKOM OD 17:00 DO 19:00	3-5 GODINA
	ZLATNA TRUBLJA	SRIJEDOM I PETKOM OD 17:00 DO 19:00	5-7 GODINA

PRILOŽENA DOKUMENTACIJA (zaokružite)

OSNOVNA DOKUMENTACIJA

1. PRESLIKA OSOBNIH ISKAZNICA OCA I MAJKE (oboje)
2. 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 sklapanja i izvršenja Ugovora o uključivanju u kraći program predškolskog odgoja u udruzi.

U Slavonskom Brodu, _____

Potpis podnositelja zahtjeva _____