

REPUBLIKA HRVATSKA
KARLOVAČKA ŽUPANIJA
OSNOVNA ŠKOLA „ANTUN KLASINC“ LASINJA
PROGRAM PREDŠKOLSKOG ODGOJA I OBRAZOVANJA
Lasinja, Trg hrvatskih branitelja 11

**ZAHTJEV ZA UPIS DJETETA U PROGRAM PREDŠKOLSKOG ODGOJA I
OBRAZOVANJA PRI OŠ „ANTUN KLASINC“ LASINJA**

IME I PREZIME DJETETA	
NADNEVAK I MJESTO ROĐENJA	
OIB	
MJESTO I ADRESA STANOVANJA	
IME I PREZIME MAJKE	
OIB	
MJESTO I ADRESA STANOVANJA	
ZANIMANJE I STRUČNA SPREMA	
POSLODAVAC I ADRESA ZAPOSLENJA	
BROJ MOBITELA	
IME I PREZIME OCA	
OIB	
MJESTO I ADRESA STANOVANJA	
ZANIMANJE I STRUČNA SPREMA	
POSLODAVAC I ADRESA ZAPOSLENJA	
BROJ MOBITELA	
ZDRAVSTVENO OSIGURANJE	
BROJ OSIGURANE OSOBE	
IME I PREZIME LIJEČNIKA I ADRESA ORDINACIJE	
BROJ TELEFONA	

Datum: _____

Potpis: _____

PRILOŽITI:

- Potvrdu OIB-a djeteta,
- Osobnu iskaznicu roditelja, a za dijete i roditelje koji imaju status stranca potvrdu o boravištu (ne stariju od 6 mjeseci) -preslika,
- Zdravstvenu iskaznicu djeteta – preslika,
- Dokaz o urednom cijepljenju djeteta (iskaznica imunizacije) –preslika,
- Liječničku potvrdu pedijatra o zdravstvenom stanju djeteta,
- Svu ostalu dokumentaciju kojom se dokazuju bitne činjenice za ostvarivanje prednosti pri upisu (prema Javnom pozivu i Pravilniku).

