



# DJEČJI VRTIĆ OLGA BAN PAZIN

[www.vrtic-olgaban-pazin.hr](http://www.vrtic-olgaban-pazin.hr) Prolaz Otokara Keršovanija 1, 52000 PAZIN  
Tel./fax.: 052 622-519 OIB: 05017253133

## INICIJALNI UPITNIK

Ispunjeni obrazac inicijalnog upitnika obvezni je dio dokumentacije za Upis i roditelj ga predaje prilikom prijave uz svu ostalu dokumentaciju. Podatke ispunite čitko, tiskanim slovima, a u pitanjima označite odgovore koji opisuju dijete ili ih nadopunite. Uz upitnik priložite i postojeću **medicinsku i drugu relevantnu dokumentaciju** bitnu za razvoj djeteta.

Podaci u ovom upitniku ne utječu na redoslijed za ostvarivanje prednosti pri upisu.

**IME I PREZIME DJETETA:** \_\_\_\_\_ datum rođ.: \_\_\_\_\_  
Kako biste vi opisali svoje dijete? \_\_\_\_\_

Tko sve živi u domaćinstvu s djetetom: \_\_\_\_\_

Ukoliko dijete ne živi s oba roditelja molimo navedite razlog: \_\_\_\_\_

### ZDRAVSTVENO STANJE

Preboljene i češće bolesti djeteta \_\_\_\_\_

Alergije: na lijek \_\_\_\_\_ hranu \_\_\_\_\_ drugo \_\_\_\_\_

Kako se manifestira \_\_\_\_\_

Hospitalizacije DA NE Radi čega? U kojoj dobi? Koliko dugo? Gdje? Reakcija?

Prati li se dijete kod nekog specijaliste (npr. neuropedijatra, fizijatra,...) ili je uključeno u neke tretmane (npr. rehabilitatora, logopeda i sl.) DA NE Ako da, kod koga: \_\_\_\_\_

### KONTROLA MOKRENJA I STOLICE

**Pelene** treba:

- stalno
- za dnevno spavanje
- za noćno spavanje
- samo za veliku nuždu
- ne koristi ih od \_\_\_\_\_

**Samostalnost** u obavljanju nužde:

- potpuno samostalno
- treba ga podsjetiti
- traži pomoć pri obavljanju nužde
- ima pelenu, prijavljuje kad obavi nuždu
- ima pelenu, ne smeta mu kad je puna

### NAVIKE HRANJENJA

**Odabir** hrane:

- jede što i ostali ukućani
- ponekad mu se sprema posebna hrana  
(razlog: \_\_\_\_\_)

**Samostalnost** u hranjenju:

- jede samo
- traži pomoć odraslog
- u početku jede samo, do kraja obroka uz pomoć odraslog

Još neka važna napomena vezana uz prehranu vašeg djeteta (slab apetit, prejedanje, odbijanje neke vrste hrane, alergije na hranu, miksanje hrane i sl.) \_\_\_\_\_

## NAVIKE SPAVANJA

Ritam spavanja kod kuće: noćni san od \_\_\_\_ do \_\_\_\_; dnevni odmor od \_\_\_\_ do \_\_\_\_

Želite li da vaše dijete spava u vrtiću?                      DA                      NE

Kako se dijete uspavljuje (zaspi samo, uz roditelja, uz dudu, bocu, tješilicu...): \_\_\_\_\_

---

## SAMOSTALNOST U ODIJEVANJU

Oblačenje                      +                      +/-                      -                      Svlačenje                      +                      +/-                      -

Obuvanje                      +                      +/-                      -                      Izuvanje                      +                      +/-                      -

## MOTORIČKI I SENZORIČKI RAZVOJ

Kakva je motorika vašeg djeteta (molimo označite kvadratiće ispred svega što se odnosi na vaše dijete):

- dijete je spretno u kretanju;
- nespretno je (češće pada, spotiče se, sudara s predmetima);
- sklono je povredama;
- pojačano je motorno aktivno (živahno);
- hoda na prstima;
- ne voli se kretati

Pokazuje li dijete preosjetljivost na podražaje iz okoline (molimo označite kvadratiće ispred svega što se odnosi na vaše dijete):

- zvuk;                       dodir;
- miris;                       svjetlosne promjene;
- okus;                       vrtnju, ljuljanje;
- nešto drugo \_\_\_\_\_

## SOCIO-EMOCIONALNI RAZVOJ

Tko sada čuva dijete? \_\_\_\_\_

Kako reagira na odvajanje od roditelja? \_\_\_\_\_

---

Kako prihvaća pravila? Kako reagira na zabrane? \_\_\_\_\_

---

Koje igre/igračke/aktivnosti su vašem djetetu najdraže? Koliko se dugo zadrži u nekoj igri? \_\_\_\_\_

---

Voli li se više igrati samo, s drugim djecom ili s odraslima? \_\_\_\_\_

---

Jesu li kod djeteta prisutna neka od sljedećih ponašanja (molimo označite kvadratiće ispred svega što se odnosi na vaše dijete):

- škripanje zubima                       grickanje noktiju                       čupanje kose
- guranje ruke u usta                       kopanje nosa                       sisanje prsta
- masturbacija                       ritmično ljuljanje                       tikovi

Jesu li kod djeteta prisutna neka od sljedećih ponašanja (molimo označite kvadratiće ispred svega što se odnosi na vaše dijete):

- pretjerana tvrdoglavost                       uvredljivost                       ljubomora
- pretjerana plačljivost                       anksioznost                       agresivnost
- strah od odvajanja                       povučenost                       sramežljivost
- potištenost                       strah od \_\_\_\_\_

## KOMUNIKACIJA, JEZIK, GOVOR

a) Ukoliko vaše dijete **još ne govori**, molimo označite kvadratiće ispred svega što se odnosi na vaše dijete:

- odaziva se na ime;
- donosi vam i pokazuje njemu zanimljive stvari;
- gleda vas u oči;
- pogledava u vas i provjerava kako vi reagirate;
- smije se kad se vi smijete;
- imitira vaše pokrete, grimase, pljeskanje, maše pa-pa;
- koristi gestu pokazivanja kažiprstom

b) Ukoliko vaše dijete **komunicira riječima ili rečenicama**, molimo označite kvadratiće ispred onoga što se odnosi na vaše dijete:

- bez teškoća u razvoju govora (komunicira rečenicama, izgovara sve glasove);
- izražava se riječima ili dvočlanim rečenicama („beba nana“)
- nepravilan izgovor (koje glasove dijete još ne izgovara pravilno:\_\_\_\_\_);
- promjene u ritmu i tempu govora ( ponavljanja, ubrzavanja, zastajkivanja u govoru)

Ostale napomene roditelja\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Informacije dane u ovom upitniku te priloženu medicinsku i drugu relevantnu dokumentaciju koristit će stručni suradnici Vrtića i odgajatelji djeteta za upoznavanje s njegovim navikama i razvojnim statusom.*

*Navedene podatke Vrtić će čuvati prema pravilniku kojim je regulirana obrada i čuvanje arhivskog i registraturnog gradiva.*

Ime i prezime roditelja koji je ispunjavao upitnik:

\_\_\_\_\_