 

[www.vrtic-olgaban-pazin.hr](http://www.vrtic-olgaban-pazin.hr) Prolaz Otokara Keršovanija 1, 52000 PAZIN

Tel./fax.: 052 622-519 E-mail: povjerenstvo@vrtic-olgaban-pazin.hr 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 (navedite i uzrast ostale djece u obitelji, ukoliko ih ima):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ukoliko dijete ne živi s oba roditelja molimo navedite razlog te čestinu i oblik kontakata s roditeljem s kojim ne živi:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# ZDRAVSTVENO STANJE

Izabrani doktor (pedijatar), mjesto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dijete je rođeno: 🞏 u terminu (ili nakon) 🞏 prije termina (u \_\_\_\_\_\_\_\_ tjednu trudnoće)

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 djeteta?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 i zašto: \_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# KONTROLA MOKRENJA I STOLICE

**Pelene** treba: **Samostalnost** u obavljanju nužde:

🞏 stalno 🞏 potpuno samostalno

🞏 za dnevno spavanje 🞏 treba ga podsjetiti

🞏 za noćno spavanje 🞏 traži pomoć pri obavljanju nužde

🞏 samo za veliku nuždu 🞏 ima pelenu, prijavljuje kad obavi nuždu

🞏 ne koristi ih od \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞏 ima pelenu, ne smeta mu kad je puna

# NAVIKE HRANJENJA

**Odabir** hrane: **Samostalnost** u hranjenju:

🞏 jede što i ostali ukućani 🞏 jede samo

🞏 ponekad mu se sprema posebna hrana 🞏 traži pomoć odraslog

 (razlog: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) 🞏 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\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Želite li da vaše dijete spava u vrtiću? DA NE

**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);

🞏 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**

Gdje je (s kim je) dijete dok roditelji rade? 🞏 S roditeljem koji ne radi

🞏 S bakom/djedom/članom šire obitelji

🞏 S „tetom čuvalicom“

🞏 U obrtu za čuvanje djece (gdje:\_\_\_\_\_\_\_\_)

🞏 U vrtiću (gdje:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Jeste li (ili planirate li) ove godine predati zahtjev za upis i u privatni vrtić ili obrt za čuvanje (dadilje) za dijete: DA NE

Kako vaše dijete 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 drugom 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)

U kojoj dobi se kod vašeg djeteta javila prva riječ sa značenjem? S \_\_\_\_g i \_\_\_\_\_ mj.

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: Potpis roditelja: Mjesto, datum:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

------------------------------------------------------------------------------------------------------------

*/zabilješke člana stručnog tima/*

Razgovor vodila:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mjesto, datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_