



DJEČJI VRTIĆ OLGA BAN PAZIN

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:

- 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 _____
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):

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> škripanje zubima | <input type="checkbox"/> grickanje noktiju | <input type="checkbox"/> čupanje kose |
| <input type="checkbox"/> guranje ruke u usta | <input type="checkbox"/> kopanje nosa | <input type="checkbox"/> sisanje prsta |
| <input type="checkbox"/> masturbacija | <input type="checkbox"/> ritmično ljuljanje | <input type="checkbox"/> tikovi |

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

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> pretjerana tvrdoglavost | <input type="checkbox"/> uvredljivost | <input type="checkbox"/> ljubomora |
| <input type="checkbox"/> pretjerana plačljivost | <input type="checkbox"/> anksioznost | <input type="checkbox"/> agresivnost |
| <input type="checkbox"/> strah od odvajanja | <input type="checkbox"/> povučenost | <input type="checkbox"/> sramežljivost |
| <input type="checkbox"/> potištenost | <input type="checkbox"/> 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: _____