**UPITNIK ZA RODITELJE PRI UPISU DJECE U PRVI RAZRED**

Poštovani roditelji!

Prije upisa u 1. razred osnovne škole potrebno je obaviti pregled u ambulanti **školske medicine**, Zavod za javno zdravstvo VSŽ, **Jakova Gotovca 5,Vukovar**, tel. 413-179. Termin pregleda ćete dobiti putem škole.

Molimo Vas na pregled donijeti **zdravstvenu iskaznicu, medicinsku dokumentaciju i cjepnu iskaznicu** te **KOPIJU** **cjepne iskaznice djeteta**. Prije pregleda kod školskog liječnika potrebno je posjetiti liječnika dentalne medicine koji će pogledati Vaše dijete i ispuniti obrazac „**Zubna putovnica**“ koji ćete donijeti na pregled.

Molimo Vas da ispunite slijedeći upitnik te ga pošaljete na e-mail adresu **prvacivu@zzjz-vsz.hr**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Škola koju upisuje:** | | | | | | |
| **Ime i prezime djeteta**: | | | | Spol M/Ž | | |
| Datum i mjesto rođenja: | | | | MBO:  ( sa zdravstvene iskaznice ) | | |
| Adresa stanovanja: | | | | | | |
| Kontakt roditelja: Telefon Mobitel: Email: | | | | | | |
| **Ime i prezime majke**: | | | | Godina rođenja: | | |
| Zanimanje majke: Stručna sprema (OŠ, SŠ, VŠS, VSS): | | | | | | |
| **Ime i prezime oca:** | | | | Godina rođenja: | | |
| Zanimanje oca: Stručna sprema (OŠ, SŠ, VŠS, VSS): | | | | | | |
| Bračno stanje roditelja: | | | Dijete živi s: oba roditelja ili | | | |
| Braća / sestre ..................................................................................... godina rođenja .................................................................... | | | | | | |
| Da li netko u obitelji (**roditelji, braća, sestre**, bake i djedovi boluje od kroničnih bolesti *(povišen krvi tlak, srčane bolesti, šećerna bolest, karcinomi, autoimune bolesti, plućne bolesti, alergije, psihičke bolesti ili neke druge kronične bolesti)*  NE/DA  Ako DA navedite tko i od koje bolesti: | | | | | | |
| **IZ ANAMNEZE** | | | | | | |
| Trudnoća po redu: | Porod u tj. | Porođajna težina | | | Porođajna dužina | Apgar |
| **Kada je dijete:** Prohodalo…..........…… Progovorilo prve riječi…………....……. Prve rečenice…………..….. Prestalo nositi pelene……………. | | | | | | |
| Da li dijete sve jede, ima alergiju ili preosjetljivost na neku namirnicu? | | | | | | |
| Boluje li dijete od kroničnih bolesti ? NE/DA (od kojih) | | | | | | |
| Uzima li dijete neke lijekove? NE/DA (koje) | | | | | | |
| Ima li dijete alergije? NE/DA (koje) | | | | | | |

**OPĆI PODATCI:**

|  |
| --- |
| Da li je dijete preboljelo neku dječju zaraznu bolest? Ako DA, navedite koju |
| Da li je dijete upućivano: Logopedu DA/NE Psihologu DA/NE |
| Da li je dijete pohađa vrtić ili „malu školu“ i koliko dugo? |
| Da li imate kakvu napomenu o ponašanju Vašeg djeteta? |
| Datum ispunjavanja: Potpis roditelja: |

Prije pregleda biti ćete obavješteni o datumu za vađenje krvi i pretragu urina. Urin u laboratorij ( DZ Vukovar ) može se donijeti u bočici koju možete kupiti u ljekarni. Krv za analizu hemoglobina i ukupnog kolesterola vadi se iz vene. Za vađenje krvi dijete treba biti natašte. Dan ranije iza 20 sati ne smije uzimati ništa na usta osim vode. Kako biste izbjegli gužvu i kontakt s bolesnim pacijentima na vađenje krvi javite se od 8 i 30 do 9 sati.