# ПРИЈАВА ЗА УПИС ВО ДЕТСКА УСТАНОВА

**ОПШТИ ПОДАТОЦИ ЗА ДЕТЕТО**( пополнува родител/старател)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Име и презиме на детето |  | | |
| 2. Датум и место на раѓање, ЕМБГ |  | | |
|  | | |
| 3. Пол и националност |  |  | |
| 4. Адреса на живеење |  | | |
| 5. Име и презиме на таткото  и националност |  | | |
| 6. Име и презиме на мајката   и националност |  | | |
| 7. Статус на вработеност на таткото | 1. Вработен 2. Невработен | | |
| 8. Статус на вработеност на мајката | 1. Вработен 2. Невработен | | |
| 9. Степен на образование   и занимање на таткото |  | |  |
| 10. Степен на образование  и занимање на мајката |  | |  |
| 11. Лице за контакт во случај на потреба | 1. Име и презиме  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2. Контакт телефон  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  3. E -mail  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 12. Дали вашето дете за првпат се   запишувa во оваа ДУ | Да Не | | |
| 13. Дали вашето дете посетувало друга ДУ | Да Не | | |
| 14. Ако да, наведете го името на Установата   и општината |  | | |
| 15. Дали на вашето дете му е потребна   помош при следните активности   (заокружете или додадете друго) | а) јадење  б) пресоблекување  в) миење на раце  г) користење на тоалет  д) друго | | |
| 16. Заокружете која од изјавите најсоодветно  го опишува вашето дете | 1. Активно и темпераментно 2. Мирно и повлечено 3. Мирно и срамежливо | | |
| 17. Опишете како вашето дете реагира кога  подолго време се одвојува од вас или  други блиски членови на семејството |  | | |
| 18. Која програма за престој ја одбирате во нашата установа | 1. Целодневен престој – 9 - 11 часа  2. Полудневен престој – 4 - 6 часа   3. Кратка форма –3 часа | | |

**НАПОМЕНА: Собирањето на податоците е со цел обезбедување на навремени, конзистентни, целосни и точни податоци што ќе претставуваат поддршка на процесот на донесување на одлуки, обезбедување на податоци за електронско водење на педагошката евиденција и документација.**

Родител / Старател  
 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Име и презиме

**ПОДАТОЦИ ЗА ЗДРАВСТВЕНА СОСТОЈБА НА ДЕТЕТО**(пополнува матичен лекар)

|  |  |
| --- | --- |
| Име и презиме на детето |  |
| Датум и место на раѓање |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Вакцинален статус на детето | Примени вакцини според личен картон за извршена имунизација: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 2. Детето има потешкотии со   (да се заокружи ) | 1. видот  2. слухот  3. говорот  4. движењете и моториката |
| 3. Дали детето има алергиска реакција: | Ако има, да се наведе |
| 4. Дали детето треба да биде на посебна исхрана | Да Не |
| 5. Дали детето има дијабетес? | Да Не |
| 6. Дали детето има хронично заболување? | Да Не |
| 7. Дали детето редовно прима лекови?1 | Да Не |
| 9. Контакт телефон на матичен лекар |  |

Име и презиме на матичен лекар  
 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контакт телефон

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

Потпис и факсимил на матичен лекар

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ година

(датум)