**DJEČJI VRTIĆ MARIJA PETKOVIĆ**

**ZAGREB, MALLINOVA 4**

UPUTE ZA INICIJALNI RAZGOVOR

PROGRAM PREDŠKOLE

Cilj inicijalnog razgovora je upoznavanje psihofizičkog razvoja djeteta na temelju procjena roditelja/skrbnika, priložene dokumentacije i zapažanja stručnih suradnika o ponašanju djeteta tijekom razgovora, kako bi se pronašao primjereni oblik uključivanja unutar ustanova ranog i predškolskog odgoja.

Priložite postojeću medicinsku i drugu relevantnu dokumentaciju bitnu za razvoj djeteta **.**

Podatke ispunite čitko, tiskanim slovima, a u pitanjima zaokružite/nadopunite odgovore koji opisuju dijete.

**RODITELJ/SKRBNIK SVOJIM POTPISOM JAMČI ISTINITOST PODATAKA. U SLUČAJU NEISTINITOG ODGOVARANJA VRTIĆ ZADRŽAVA PRAVO PROMJENE UGOVORA.**

Prilikom predaje zahtjeva za upis dobivate termin za razgovor, a obrazac za inicijalni razgovor možete preuzeti na webu vrtića .

Obrazac inicijalnog razgovora sastavni je dio upisnog postupka i roditelj/skrbnik ga ispunjenog donosi na dogovoreni termin intervjua i predaje stručnom suradniku .

|  |  |
| --- | --- |
| **Ime i prezime djeteta:** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**TERMIN INICIJALNOG RAZGOVORA : DATUM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**VRIJEME:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**P R O G R A M P R E D Š K O L E**

**O B R A Z A C Z A I N I C I J A L N I R A Z G O V O R**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OSNOVNI PODACI O DJETETU** | IME DJETETA**\*** | | |  | | | | | |
| PREZIME DJETETA**\*** | | |  | | | | | |
| DATUM ROĐENJA**\*** |  | | | | | SPOL**\*** | |  |
| OIB**\*** | | |  | | | | | |
| PRIJAVLJENO PREBIVALIŠTE - GRAD**\*** | | |  | | | | | |
| PRIJAVLJENO PREBIVALIŠTE – ULICA, BROJ, PODBROJ**\*** | | |  | | | | | |
| **PODACI O RODITELJIMA/SKRBNICIMA** | SRODSTVO**\*** (vrsta srodstva s djetetom-upisati koje: majka, otac i dr.) | | | | |  | | | |
| IME RODITELJA/SKRBNIKA**\*** | | |  | | | | | |
| PREZIME RODITELJA/SKRBNIKA**\*** | | |  | | | | | |
| BROJ TELEFONA | | BROJ MOBITELA**\*** | | | E-MAIL ADRESA**\*** | | | |
|  | |  | | |  | | | |
| ZANIMANJE**\*** | | | | STRUČNA SPREMA**\*** | | | | |
| SRODSTVO**\*** (vrsta srodstva s djetetom-upisati koje: majka, otac i dr.) | | | | |  | | | |
| IME RODITELJA/SKRBNIKA**\*** | | |  | | | | | |
| PREZIME RODITELJA/SKRBNIKA**\*** | | |  | | | | | |
| BROJ TELEFONA | | BROJ MOBITELA**\*** | | | E-MAIL ADRESA**\*** | | | |
|  | |  | | |  | | | |
| ZANIMANJE**\*** | | | | STRUČNA SPREMA**\*** | | | | |
| **PODACI O OBITELJI** | S KIM DIJETE ŽIVI?**\*** (NAVESTI) | | | | | | | | |
| UKOLIKO DIJETE NE ŽIVI S OBA RODITELJA/SKRBNIKA MOLIMO NAVEDITE RAZLOG (ZAOKRUŽITI I DOPUNITI)  **boravak u drugom gradu / razvod braka / razvrgnuta izvanbračna zajednica / zabrana prilaska djetetu / udomiteljstvo / skrbništvo / ostalo:** (NAVESTI**\***) | | | | | | | | |
| OBITELJ JE U TRETMANU CENTRA ZA SOCIJALNU SKRB**\*** (ZAOKRUŽITI)  **DA / NE** | | | AKO JE ODGOVOR **DA,** NAVESTI KOJE VRSTE**\*** (ZAOKRUŽITI I DOPUNITI)  **nadzor nad roditeljskim pravom / brakorazvodna parnica / korisnici pomoći / ostalo:** (NAVESTI**\***) | | | | | |
| NAVESTI VRIJEME DJETETOVOG BORAVKA U ODGOJNOJ SKUPINI TIJEKOM GODINE**\*** | | | DIJETE BI U VRTIĆ DOLAZILO U  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sati | | | | DIJETE BI IZ VRTIĆA ODLAZILO U  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sati | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PODACI O ZDRAVSTVENOM I RAZVOJNOM STATUSU DJETETA** | TRUDNOĆA**\*** (ZAOKRUŽITI I DOPUNITI) **uredna / rizična / ostalo:** (NAVESTI**\***) | | | | |
| VRSTA PORODA**\*** (ZAOKRUŽITI) **prirodan / carski rez / vakuum** | | | POROD\* od \_\_\_\_\_\_\_ tjedana | |
| POROĐAJNA TEŽINA/DUŽINA**\*** | APGAR**\*** | | | BROJ DANA U BOLNICI |
|  |  | | |  |
| STANJE DJETETA PRI I NAKON PORODA**\*** (ZAOKRUŽITI I DOPUNITI) **uredno / infekcija / omotana pupkovina / intrakranijalno krvarenje / primanje kisika / inkubator / ostalo** (NAVESTI**\***)**:** | | | | |
| ČEŠĆE AKUTNE I/ILI KRONIČNE BOLESTI I STANJA**\*** (NAVESTI) | | | | |
| MOLIMO UPIŠITE AKO JE DIJETE BORAVILO U BOLNICI | | | | |
| BOLNICA |  | | | |
| KOLIKO DANA |  | | | |
| RAZLOG BORAVKA |  | | | |
| POTEŠKOĆE ZBOG ODVAJANJA (ZAOKRUŽITI)  **DA** / **NE** | AKO JE ODGOVOR **DA,** NAVESTI KOJE VRSTE**\*** | | | |
| DIJETE JE UKLJUČENO U PRAĆENJE ILI TERAPIJU SPECIJALISTA**\*** (npr. fizijatra, neuropedijatra, logopeda, rehabilitatora, psihologa i dr.) (NAPOMENA: Na inicijalni razgovor potrebno je donijeti medicinsku dokumentaciju) (ZAOKRUŽITI)  **DA** / **NE,** AKO JE ODGOVOR **DA,** NAVESTI**\*** | | | | |
| USTANOVA**\*** | |  | | |
| VRSTA STRUČNJAKA**\*** | |  | | |
| TERAPIJA**\*** | |  | | |
| DIJETE S POSEBNIM ODGOJNO-OBRAZOVNIM POTREBAMA**\***\*(teškoće u razvoju, zdravstvene teškoće i neurološka oštećenja, kronične bolesti, eliminacijska prehrana, rizično ponašanje itd.) (NAPOMENA: Na inicijalni razgovor potrebno je donijeti svu relevantnu dokumentaciju zautvrđivanje statusa i potreba djeteta)(ZAOKRUŽITI)  **DA** / **NE** | | | | |
| AKO JE ODGOVOR **DA,** NAVESTI KOJE VRSTE**\*** (ZAOKRUŽITI I DOPUNITI)  **oštećenja vida / oštećenja sluha / intelektualne teškoće / poremećaji iz spektra autizma / motorički poremećaji**  **/ teškoće jezično glasovno-govorne komunikacije / višestruke teškoće u razvoju / specifične teškoće u učenju /**  **kronične bolesti / rizična ponašanja / posebne zdravstvene potrebe / deficit pažnje-hiperaktivni poremećaj /**  **ništa od navedenog-ostalo** (NAVESTI**\***)**:** | | | | |
| AKO POSTOJI DOKUMENTACIJA KOJU DIJETE IMA (ZAOKRUŽITI)  **nalaz i mišljenje Jedinstvenog tijela vještačenja / Rješenje Centra za socijalnu skrb /**  **nalaz i mišljenje specijaliziranih ustanova / mišljenje stručnog tima dječjeg vrtića / medicinski i drugi nalazi** | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **POTREBE I NAVIKE DJETETA** | ELIMINACIJSKA PREHRANA**\*** (alergije na pojedinu hranu, celijakija, intolerancija, prehrana uvjetovana metaboličkim poremećajima i dr.) (NAPOMENA: Na inicijalni razgovor potrebno je donijeti medicinsku dokumentaciju) (ZAOKRUŽITI)  **DA / NE** | |
| AKO JE ODGOVOR **DA,** NAVESTI KOJE VRSTE NAMIRNICA**\*** | |
| POSEBNE NAPOMENE VEZANE UZ PREHRANU (NAVESTI) | |
| DJETETU SU POTREBNE PELENE**\*** (ZAOKRUŽITI)  **DA / NE** | AKO JE ODGOVOR **DA,** KADA SU MU POTREBNE**\*** (ZAOKRUŽITI)  **stalno / za dnevno spavanje/ za noćno spavanje** |
| SADA DIJETE**\*** (ZAOKRUŽITI I DOPUNITI) **samo ide na WC ili kahlicu / traži da ga se odvede / treba ga podsjetiti / sjedi i ne obavi nuždu / odbija odlazak / ne obavlja samostalno nuždu / ostalo** (NAVESTI**\***)**:** | |
| UKOLIKO JE DIJETE ODVIKNUTO OD PELENA, DOGAĐA LI MU SE (ZAOKRUŽITI I DOPUNITI)  **mokrenje u gaćice - u budnom stanju / mokrenje u gaćice - na spavanju / obavljanje velike nužde u gaćice / zadržavanje stolice** | |
| POSEBNE NAPOMENE VEZANE UZ PELENE I NUŽDU: (NAVESTI) | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **MOTORIČKI I SENZORIČKI RAZVOJ DJETETA** | DIJETE SAMOSTALNO HODA**\*** (ZAOKRUŽITI I DOPUNITI)  **DA / NE**, ako **DA** s koliko mjeseci je počelo\_\_ \_\_\_ | | | |
| UOČAVATE LI NEKE OD NAVEDENIH SPECIFIČNOSTI U MOTORIČKOM RAZVOJU SVOGA DJETETA (ZAOKRUŽITI I DOPUNITI) **nespretnost / češće padanje / spoticanje / sudaranje s predmetima / sklonost povredama / pojačano motorno kretanje (živahno) / hod na prstima / ne voli se kretati / ništa od navedenog-ostalo** (NAVESTI**\***)**:** | | | |
| POKAZUJE LI DIJETE PREOSJETLJIVOST NA PODRAŽAJE IZ OKOLINE (ZAOKRUŽITI I DOPUNITI) **zvuk / dodir / svjetlosne promjene / miris / okus / vrtnju / ljuljanje / ništa od navedenog-ostalo** (NAVESTI**\***)**:** | | | |
| **KOMUNIKACIJSKI I JEZIČNO-GOVORNI RAZVOJ DJETETA** | DIJETE SE IZRAŽAVA**\*** (ZAOKRUŽITI) **gestom / gugutanjem, brbljanjem / riječima / rečenicom** | | | |
| KOD DJETETA PRIMJEĆUJETE**\*** (ZAOKRUŽITE SVAKU PRIMJEĆENU AKTIVNOST) **odaziva se na ime /**  **donosi vam i pokazuje zanimljive stvari, igračke / 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** | | | |
| S KOLIKO MJESECI JE DIJETE IZGOVORILO PRVU RIJEČ SA ZNAČENJEM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mjeseci | | | |
| S KOLIKO MJESECI JE DIJETE IZGOVORILO PRVU REČENICU *(npr. auto brum brum, medo pije i sl.)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mjeseci | | | |
| RAZUMIJE LI DIJETE ŠTO DRUGI GOVORE**\*** (ZAOKRUŽITI)  **DA** / **NE** | IZGOVARA LI DIJETE PRAVILNO SVE GLASOVE HRVATSKOG JEZIKA**\*** (samo za stariju djecu od 3 godine) (ZAOKRUŽITI)  **DA** / **NE** | | IMA LI DIJETE PROMJENE U TEMPU I RITMU GOVORA**\*** (zastajkivanja, ponavljanja, ubrzavanja u govoru i sl.) (ZAOKRUŽITI)  **DA** / **NE** |
| ŽIVI LI DIJETE U VIŠEJEZIČNOJ SREDINI**\*** (ZAOKRUŽITI) **DA** / **NE** | | AKO JE ODGOVOR **DA,** KOJI JE PRIMARNI JEZIK U OBITELJSKOJ SREDINI (NAVESTI**\***) | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SOCIJALNO-EMOCIONALNI RAZVOJ DJETETA** | DIJETE JE DO SADA POHAĐALO DJEČJI VRTIĆ, OBRT ZA DADILJE, IGRAONICU**\*** (ZAOKRUŽITI) **DA** / **NE** | AKO JE ODGOVOR **DA,** KAKO SE PRILAGODILO (NAVESTI**\***) |
| DIJETE SE OD BLISKIH OSOBA ODVAJA**\*** (ZAOKRUŽITI)  **teško / bez većih problema / nije se do sada odvajalo** | DIJETE JE DO SADA IMALO KONTAKT S DRUGOM DJECOM**\*** (ZAOKRUŽITI) **rijetko / povremeno / često** |
| U KONTAKTU S DRUGOM DJECOM (ZAOKRUŽITE SVAKU PRIMJEĆENU AKTIVNOST) **promatra drugu djecu / igra se u blizini njih / sramežljivo je / povučeno / pokazuje slabiji interes za igru s djecom / pokušava se uključiti u njihovu igru / dobro surađuje s drugom djecom / ponekad pokazuje grubost prema djeci (griženje, guranje, svađanje) / suosjeća / tješi / pomaže / spremno je dijeliti, pokloniti** | |
| U EMOCIJAMA, RASPOLOŽENJU I NAVIKAMA DIJETE (ZAOKRUŽITE SVAKU PRIMJEĆENU AKTIVNOST)  **jako je uznemireno kad se odvoji od roditelja / žali se na bolove u trbuhu, glavi i sl. / često se opire zahtjevima / često govori ne i neću / ljuti se, ima ispade bijesa / pokazuje ljubomoru / puno plače /**  **ima respiratorne afektivne krize / pokazuje tikove / trešnje rukama / neobični pokreti rukama u blizini lica / griženje noktiju / griženje samog sebe / ljuljanje / uvrtanje kose / skakutanje na mjestu / vrtnju oko sebe /**  **hodanje u krug / pokazuje strah od:** (NAVESTI)**\* / ništa od navedenog-ostalo** (NAVESTI**\***)**:** | |
| KAKO SE DIJETE NAJLAKŠE MOŽE UTJEŠITI (NAVESTI) | |
| **OBILJEŽJA DJETETOVE IGRE, PAŽNJE I SPOZNAJE** | DIJETE SE NAJČEŠĆE VOLI IGRATI S**\*** (osoba, predmet i sl.) (NAVESTI) | | |
| DIJETE PAŽNJU U IGRI ILI AKTIVNOSTI ZADRŽAVA (ZAOKRUŽITI) **kraće vrijeme-često ne završi jednu igru /**  **kraće vrijeme-prelazi na drugu / kraće vrijeme-često ih mijenja / lako ga prekidaju zvukovi ili podražaji sa strane /**  **dugo se igra jednom igrom / ponavlja istu aktivnost puno puta uzastopno / ponekad odsutno, odluta mislima /**  **ne mogu procijeniti** | | |
| OPREZ U PONAŠANJU**\*** (ZAOKRUŽITI I DOPUNITI)  **nema opreza u ponašanju / neoprezno se udaljava od roditelja ili poznatih osoba / slabije procjenjuje opasnosti / penje se / stavlja sitne ili nejestive stvari u usta / odsustvo straha / ništa od navedenog-ostalo** (NAVESTI**\***)**:** | | |
| DIJETE PROVODI VRIJEME PRED EKRANIMA GLEDAJUĆI (TV, crtiće, filmove, igrajući igrice i sl.) **\***(ZAOKRUŽITI I DOPUNITI)  **ne provodi vrijeme pred ekranima / televizor / mobilni telefon / osobno računalo, prijenosno računalo, tablet / ništa od navedenog-ostalo** (NAVESTI**\***)**:** | | |
| PROSJEČNO DNEVNO VRIJEME PROVEDENO PRED EKRANIMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_  **minuta / sati** (ZOKRUŽITI | | |
| NAVEDITE U ČEMU JE VAŠE DIJETE JAKO DOBRO, KOJE SU JAKE STRANE VAŠEG DJETETA**\*** (NAVESTI) | | |
| BRINE LI VAS NEŠTO VEZANO UZ RAZVOJ I PONAŠANJE VAŠEG DJETETA,**\***, AKO **DA**, ŠTO? (NAVESTI) | | |

NA INICIJALNI RAZGOVOR ILI PRIJE SKLAPANJA UGOVORA RODITELJ/SKRBNIK OBVEZAN JE DJEČJEM VRTIĆU DOSTAVITI:

1. Potvrdu nadležnog liječnika o obavljenom sistematskom zdravstvenom pregledu
2. Presliku Zdravstvene iskaznice djeteta,
3. Presliku Iskaznice imunizacije djeteta (podaci o procijepljenosti),
4. Za djecu s posebnim odgojno-obrazovnim potrebama (teškoće u razvoju, zdravstvene teškoće i neurološka oštećenja, kronične bolesti, eliminacijska prehrana, rizično ponašanje itd.) svu relevantnu dokumentaciju za utvrđivanje potreba i statusa djeteta (nalaz i mišljenje Jedinstvenog tijela vještačenja, nalaz i mišljenje specijaliziranih ustanova, Rješenje Centra za socijalnu skrb, mišljenje stručnog tima dječjeg vrtića, odnosno individualizirani odgojno-obrazovni program ukoliko je dijete prethodno pohađalo dječji vrtić, medicinsku dokumentaciju i dr.).

Ime i prezime Potpis

roditelja/skrbnika: roditelja/roditelja: Mjesto, datum:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

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

/zabilješke člana stručnog tima/

Razgovor vodila:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zagreb, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_