

PRILOG I.

Liječnik: _____

Ordinacija: _____

Adresa: _____

Telefon: _____

Radno vrijeme: _____

**POTVRDA O OBAVLJENOM SISTEMATSKOM ZDRAVSTVENOM PREGLEDU
PREDŠKOLSKOG DJETETA PRIJE UPISA U DJEČJI VRTIĆ**

Ime i prezime _____

Dan, mjesec, godina rođenja _____

OIB: _____

Obavljen sistematski pregled kod liječnika	DA	NE
Obavljen sistematski pregled doktora dentalne medicine	DA	NE
Dijete je uredno (redovito) cijepljeno	DA	NE

Razlozi zbog kojih nije provedeno cijepljenje:

Mjere posebne skrbi u dječjem vrtiću:

POTREBNE SU NISU POTREBNE

Napomene:

DIJETE ISPUNJAVA UVJETE ZA UPIS U DJEČJI VRTIĆ¹:

DA NE

Datum

Faksimil i potpis liječnika

¹ Sukladno točki V. Programa zdravstvene zaštite djece, higijene i pravilne prehrane djece u dječjim vrtićima („Narodne novine“, br. 105/02, 55/06 i 121/07) dijete ispunjava uvjete za upis u vrtić ako obavi sistematski pregled kod liječnika i kod doktora dentalne medicine te ako je, sukladno članku 40. Zakona o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti („Narodne novine“, br. 79/07, 113/08, 43/09, 130/17 i 114/18), članku 54. Pravilnika o načinu provođenja imunizacije, seroprofilakse, kemoprofilakse protiv zaraznih bolesti te o osobama koje se podvrgavaju toj obvezi („Narodne novine“, broj 103/13) te točki III. stavku 3. Programa zdravstvene zaštite djece, higijene i pravilne prehrane djece u dječjim vrtićima, uredno (redovito) cijepljeno protiv bolesti iz Programa obveznih cijepljenja, s iznimkom djece koja imaju kontraindikacije na pojedina cjepiva.