

**ZAHTJEV ZA NASTAVAK KORIŠTENJA USLUGA
za djecu koja su upisana u dječji vrtić CVIT**

PODACI O DJETETU:

Ime i prezime djeteta _____

Datum rođenja djeteta _____

Broj osigurane osobe (MBO) _____

(sa zdravstvene iskaznice djeteta)

Ime odabranog pedijatra _____

Dijete spava u popodnevnom satima DA NE

PROGRAMI VRTIĆA

(Zaokružiti broj ispred jednog od programa)

OBJEKT CVIT SV. FILIP I JAKOV

KRAĆI PROGRAMI

1	8,00 - 12,30	Redoviti	4,30 sata	Za djecu 3- 7 godina	400,00
2	Popodne	Program predškole	2 ili 2,30 sati	Za djecu u godini prije polaska u osnovnu školu	Besplatan

DESETOSATNI PROGRAMI

1	Redoviti	6,30 - 16,30	Za djecu 3- 7 godina	700,00
2	Integrirani program ranog učenja engleskog jezika	6,30 - 16,30	Za djecu 4- 7 godina	770,00
3	Jaslice	6,30 - 16,30	Za djecu 1,5 -3 godine	700,00

OBJEKT CVITIĆ TURANJ

1	8,00 - 12,30	KRAĆI PROGRAM	4,30 sata	Za djecu 3 - 7 godina	400,00
2	6,30 - 16,30	DESETOSATNI PROGRAMI	10-satni	Za djecu 3 - 7 godina	700,00
3	Popodne	Program predškole	2 ili 2,30 sati	Za djecu u godini prije polaska u osnovnu školu	Besplatan

Broj mobitela i e-mail:

MAJKE _____

OCA _____

Potpis roditelja/staratelja

NAPOMENA (priložiti do 1.9. 2020.)

- kopiju osobne iskaznice roditelja
- liječničko uvjerenje za dijete