

## PODSJETNIK ZA INICIJALNI RAZGOVOR S RODITELJIMA

Cilj inicijalnog razgovora je upoznavanje psihofizičkog razvoja djeteta na temelju procjene roditelja, priložene dokumentacije i zapažanja stručnih suradnika o ponašanju djeteta tijekom razgovora. Molimo Vas da priložite postojeću medicinsku i drugu dokumentaciju važnu za razvoj djeteta.

Roditelj svojim potpisom jamči istinitost podataka. U slučaju neistinitog odgovaranja vrtić zadržava pravo izmjene ugovora.

**PREZIME I IME DJETETA** \_\_\_\_\_

DATUM ROĐENJA \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_

ADRESA \_\_\_\_\_ TELEFON/MOBITEL \_\_\_\_\_

Dijete je do sada boravilo s \_\_\_\_\_

Dijete je prije pohađalo jaslice ili dječji vrtić:  DA  NE

Naziv dječjeg vrtića \_\_\_\_\_

### PODACI O RODITELJIMA

|                 | MAJKA   | OTAC  |
|-----------------|---|---|
| IME I PREZIME:  | _____   | _____   |
| GODINA ROĐENJA: | _____   | _____   |
| STRUČNA SPREMA: | NSS PKV KV SSS VŠS VSS                                  | NSS PKV KV SSS VŠS VSS                                  |
| ZANIMANJE:      | _____   | _____   |
| ZAPOSLEN/A:     | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |
| POSLODAVAC:     | _____   | _____   |
| TEL. NA POSLU:  | _____   | _____   |
| MOBITEL:        | _____   | _____   |
| E-MAIL:         | _____   | _____   |



Navedite s kim dijete živi:

| IME I PREZIME | SRODSTVO | GODINA ROĐENJA |
|---------------|----------|----------------|
| 1. _____      | _____    | _____          |
| 2. _____      | _____    | _____          |
| 3. _____      | _____    | _____          |
| 4. _____      | _____    | _____          |
| 5. _____      | _____    | _____          |
| 6. _____      | _____    | _____          |

Ako dijete ne živi s oba roditelja molimo navedite razlog: \_\_\_\_\_

Koliko su česti kontakti odvojenog roditelja s djetetom? \_\_\_\_\_

Je li obitelj u tretmanu Centra za socijalnu skrb?  DA  NE

(u slučaju sudski reguliranih kontakata molimo priložiti dokumentaciju)

Međusobni odnosi u obitelji:  IZVRSNI  PROSJEČNI  NARUŠENI

Je li u posljednje vrijeme bilo stresnih događaja u obitelji (npr. selidba, bolest, razvod, smrt)? Ako da, kojih?

\_\_\_\_\_

## PODACI O PORODU I ZDRAVSTVENOM STANJU DJETETA

Stanje djeteta pri porodu:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> uredno                                 | <input type="checkbox"/> moždano krvarenje |
| <input type="checkbox"/> asfiksija (zastoj u porođajnom kanalu) | <input type="checkbox"/> iščašenje         |
| <input type="checkbox"/> žutica                                 | <input type="checkbox"/> drugo _____       |

Je li dijete redovito cijepljeno?  DA  NE

Ako nije, zašto? \_\_\_\_\_

ČESTE/KRONIČNE BOLESTI/STANJA:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> češće respiratorne infekcije | <input type="checkbox"/> bolesti endokrinog sustava |
| <input type="checkbox"/> febrilne konvulzije          | <input type="checkbox"/> kardiološke                |
| <input type="checkbox"/> epilepsija                   | <input type="checkbox"/> drugo _____                |
| <input type="checkbox"/> bolesti urogenitalnog trakta |   |

ALERGIJE (kože, disanja, na hranu ili lijek)? \_\_\_\_\_

OŠTEĆENJA vida/sluha/tjelesni invaliditet? \_\_\_\_\_

Je li dijete bilo hospitalizirano:  DA  NE

Ako da, zašto? \_\_\_\_\_ U kojoj dobi? \_\_\_\_\_ Koliko dugo? \_\_\_\_\_



Nasljedne, teže ili kronične bolesti u obitelji?  DA  NE

Ako da, kod kojeg člana i koje? \_\_\_\_\_

Je li dijete bilo u tretmanu ili pod kontrolom nekog od navedenih stručnjaka?

|                           |          |            |    |
|---------------------------|----------|------------|----|
| Neuropedijatar            | DA, SADA | DA, RANIJE | NE |
| Psiholog                  | DA, SADA | DA, RANIJE | NE |
| Logoped                   | DA, SADA | DA, RANIJE | NE |
| Edukacijski rehabilitator | DA, SADA | DA, RANIJE | NE |
| Fizijatar                 | DA, SADA | DA, RANIJE | NE |

Neki drugi stručnjak? \_\_\_\_\_

Ako da, molimo Vas navedite razlog tretmana/kontrole i gdje se ono odvija?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## PODACI O NAVIKAMA I POTREBAMA DJETETA

Kako biste opisali apetit Vašeg djeteta:

- |                                    |                                      |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> dobar     | <input type="checkbox"/> pretjeran   |
| <input type="checkbox"/> loš       | <input type="checkbox"/> varijabilan |
| <input type="checkbox"/> izbirljiv |                                      |

Što dijete voli jesti? \_\_\_\_\_

Što dijete ne voli jesti? \_\_\_\_\_

Hranu jede:  miksanu  usitnjenu  normalnu hranu

Obredi kod hranjenja: \_\_\_\_\_

Samostalnost pri pijenju:  na bočicu  iz šalice, uz pomoć  iz šalice, samostalno

Samostalnost pri hranjenju:  jede na žlicu, uz pomoć  samostalno jede žlicom

Namirnice koje dijete ne konzumira zbog zdravstvenih razloga (alergije)? (Molimo, priložite medicinsku dokumentaciju!)

\_\_\_\_\_

Koristi li dijete dudu varalicu?  DA  NE

Noćni san od \_\_\_\_\_ sati, do \_\_\_\_\_ sati.

Dnevni san:  prvi san od \_\_\_\_\_ sati, do \_\_\_\_\_ sati;  drugi san od \_\_\_\_\_ sati, do \_\_\_\_\_ sati.

Dijete se uspavljuje:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> samostalno            | <input type="checkbox"/> treba mu igračka ili neki predmet |
| <input type="checkbox"/> uz nekoga             | _____  |
| <input type="checkbox"/> treba mu dojenje/duda |  |



Djetetov san je:

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> miran   | <input type="checkbox"/> budi se često  |
| <input type="checkbox"/> nemiran | <input type="checkbox"/> plače i vrišti |

Dijete se pomokri tijekom dnevnog spavanja:  DA  PONEKAD  RIJETKO  NIKAD

Stolica:  redovito  neredovito  ne kontrolira ispuštanje stolice (enkopreza)

Pelene treba:  stalno  za spavanje  ne treba

Samostalnost prilikom obavljanja nužde:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> samostalno obavlja nuždu         | <input type="checkbox"/> sjedi i ne obavi ništa |
| <input type="checkbox"/> treba ga podsjetiti              | <input type="checkbox"/> odbija                 |
| <input type="checkbox"/> treba pomoć pri obavljanju nužde | <input type="checkbox"/> drugo _____            |

Ima li dijete naviku pranja zubiju?  DA  NE Posjećuje li redovito stomatologa?  DA  NE

### UVID U CJELOVITI RAZVOJ DJETETA

Ima li dijete teškoće u razvoju?  DA  NE Ako da, koje? \_\_\_\_\_

### MOTORIČKI I SENZORIČKI RAZVOJ

Kako procjenjujete motorički razvoj svoga djeteta:  izrazito spretno  izrazito nespretno  prosječno

Uočavate li neke navedene specifičnosti u motoričkom razvoju svog djeteta:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> češće padanje i sudaranje s predmetima | <input type="checkbox"/> pojačano motorno kretanje |
| <input type="checkbox"/> hod na prstima                         | <input type="checkbox"/> ostalo _____              |
| <input type="checkbox"/> sklonost povredama                     |  |

Pokazuje li dijete preosjetljivost na neke podražaje iz okoline?

- |                                 |                                    |  |
|---------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> zvuk   | <input type="checkbox"/> ljuljanje | <input type="checkbox"/> drugo _____                 |
| <input type="checkbox"/> miris  | <input type="checkbox"/> dodir     | <input type="checkbox"/> ne pokazuje preosjetljivost |
| <input type="checkbox"/> vrtnja | <input type="checkbox"/> okus      |  |

### KOMUNIKACIJSKI I JEZIČNO GOVORNI RAZVOJ

Prva riječ sa značenjem pojavila se s \_\_\_\_\_ mjeseci.

Jezično-govorni razvoj Vašeg djeteta opisali biste kao:  usporen  uredan  napredan

Je li dijete uključeno u logopedski tretman?  DA  NE Ako da, navedite razlog: \_\_\_\_\_

Živi li dijete u višejezičnom okruženju?  DA  NE Primarni jezik (kojim priča kod kuće)? \_\_\_\_\_

### SOCIOEMOCIONALNI RAZVOJ

Tko je do sada čuvao dijete? \_\_\_\_\_



U kontaktu s nepoznatima dijete je:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> u početku oprezno        | <input type="checkbox"/> brzo prihvaća kontakt           |
| <input type="checkbox"/> teže prihvaća nove osobe | <input type="checkbox"/> nema distancu prema nepoznatima |

Dijete se od bliskih osoba na dulje vrijeme odvaja:  nije se odvajalo  bez većih problema  teško

Opišite djetetovu reakciju prilikom odvajanja? \_\_\_\_\_

Ima li obaveznu igračku ili predmet od kojeg se ne odvaja (duda, pelena, igračka...)?  DA, Što? \_\_\_\_\_  NE

Dijete je do sada imalo kontakt s drugom djecom:  RIJETKO  POVREMENO  ČESTO

U kontaktu s drugom djecom dijete (slobodno zaokružite više odgovora):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> promatra drugu djecu   | <input type="checkbox"/> pokazuje slabiji interes za drugu djecu |
| <input type="checkbox"/> povučeno je            | <input type="checkbox"/> ponekad pokazuje grubost                |
| <input type="checkbox"/> igra se u blizini njih | <input type="checkbox"/> drugo _____                             |
| <input type="checkbox"/> dobro surađuje         |  |

Od navedenih ponašanja kod djeteta primjećujete:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> škripanje zubčićima (osobito u snu) | <input type="checkbox"/> čupkanje kose |
| <input type="checkbox"/> često guranje ruke/prsta u usta     | <input type="checkbox"/> masturbacija  |
| <input type="checkbox"/> grickanje noktiju                   | <input type="checkbox"/> drugo _____   |
| <input type="checkbox"/> često kopanje nosa                  |  |

### **PAŽNJA, IGRA I SPOZNAJA**

U izboru suigrača dijete najradije bira:  odrasle  stariju djecu  vršnjake  mlađu djecu  samostalnu igru

Pažnju u igri i aktivnostima zadržava:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> često mijenja igru i aktivnosti                 | <input type="checkbox"/> dugo se igra jednu igru                  |
| <input type="checkbox"/> ponavlja istu aktivnost nekoliko puta uzastopno | <input type="checkbox"/> ponekad odluta mislima tijekom igre      |
|  | <input type="checkbox"/> približno jednako kao djeca njegove dobi |

U usporedbi s vršnjacima rekli biste da:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> dijete pokazuje jednak uspjeh kao djeca njegove dobi | <input type="checkbox"/> radi prije, brže i uspješnije od vršnjaka i ima bolja postignuća |
| <input type="checkbox"/> potrebno ga je poticati                              |   |

Što biste naveli kao jake strane Vašeg djeteta?

---

Ima li nešto što Vas brine u ponašanju ili razvoju Vašeg djeteta? Što?

---



Koja su očekivanja koja imate od vrtića...

...za dijete?

---

...za sebe (kao roditelja)?

---

Očekivani datum početka adaptacije: \_\_\_\_\_

Nakon perioda adaptacije, dolazit će oko \_\_\_\_\_, a odlaziti oko \_\_\_\_\_ s \_\_\_\_\_.

**U slučaju naglog oboljenja ili povrede djeteta dozvoljavam da stručno osoblje vrtića poduzme odgovarajuće mjere.**

\_\_\_\_\_ (potpis roditelja)

**DATUM RAZGOVORA:** \_\_\_\_\_

**POTPIS RODITELJA:**

\_\_\_\_\_

**ZA VRTIĆ:**

\_\_\_\_\_

