



Ime i prezime djeteta:	
Spol djeteta:	M Ž
Datum rođenja djeteta:	
Škola, razred i smjena koje dijete pohađa:	
Predmet/i iz kojeg je potrebna pomoć u učenju:	1. 2.
Ocjena iz predmeta iz kojeg bi željeli primiti pomoć prethodne školske godine:	1. 2.
Radi li dijete prema individualiziranom ili prilagođenom nastavnom programu u školi?	
Ima li dijete dijagnosticirane poteškoće pri učenju?	DA NE
Ako dijete ima dijagnosticirane poteškoće pri učenju, navesti koje:	
Ima li dijete zdravstvene poteškoće za koje bismo trebali biti obavješteni?	DA NE
Ako dijete ima zdravstvene poteškoće, navesti koje:	
Jeste li samohrani roditelj?	DA NE
Koliko imate djece?	
Kako ste saznali za program:	a) Centar za socijalnu skrb (preporuka/letak) b) Preporuka već uključenog korisnika programa c) Web stranica Centra d) Promotivna knjižica Centra e) Letak u školi
Jeste li u tretmanu CZSS?	DA NE
Naziv podružnice:	
Ime nadležne socijalne/og radnice/ka:	
Ime i prezime roditelja:	
Kontakt broj roditelja:	
E-mail roditelja:	
Datum popunjavanja obrasca:	U Zagrebu,



