**RASPORED LIJEČNIČKOG PREGLEDA DJECE ZA UPIS U PRVI RAZRED OSNOVNE ŠKOLE U ŠKOLSKOJ GODINI 2015./2016. ZA UPISNO PODRUČJE OSNOVNE ŠKOLE KLOŠTAR PODRAVSKI**

Poštovani roditelji,

 obvezatan liječnički pregled budućih polaznika 1. razreda za školsku godinu 2015./2016. održat će se u periodu **od 6. svibnja 2015. god. do 14. svibnja 2015**. **god.** **u prostorima Osnovne škole Kloštar Podravski** u vremenu **od 8.30 do 13.30 sati**.

**Nakon obavljenog liječničkog pregleda slijedi upis u školu** čemu je prethodilo i ispitivanje zrelosti djeteta za upis u prvi razred, a koji obavlja stručna služba u školi (pedagoginja i defektologinja).

Molimo Vas da Vi, kao roditelj (majka, otac ili oboje) ili skrbnik dovedete dijete na pregled/upis.

Okvirni raspored pregleda/upisa donosimo u nastavku, dok će Vam točan datum unutar navedenog perioda i točno vrijeme biti istaknuti na uručenom Vam pismenom pozivu na pregled/upis.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datum pregleda/upisa** | **Raspored pregleda/upisa prema mjestu prebivališta** | **Mjesto održavanja pregleda** |
| 6. svibnja 2015.(srijeda) | KLOŠTAR PODRAVSKI | **OŠ Kloštar Podravski****od 8.30 do 13.30***(točno vrijeme bit će/jest navedeno na uručenom Vam pozivu za liječnički pregled/upis)* |
| 7.svibnja 2015.(četvrtak) | KLOŠTAR PODRAVSKI |
| 8.svibnja 2015.(petak) | KLOŠTAR PODRAVSKI  |
| 11.svibnja 2015.( ponedjeljak) | SUHA KATALENAKOZAREVAC |
| 12.svibnja 2015.( utorak) | PRUGOVACPODRAVSKE SESVETE |
| 13.svibnja 2015.( srijeda) | PODRAVSKE SESVETE |
| 14.svibnja 2015.( četvrtak) | PODRAVSKE SESVETE |

Liječnički pregled će se održavati kod liječnice Jasenke Vuljak-Vulić, dr.medicine, specijaliste školske medicine. Molimo Vas da obratite pozornost na dokumentaciju koju je potrebno donijeti na pregled/upis:

1. **POZIV ZA PREGLED;**
2. **ZDRAVSTVENU ISKAZNICU**;
3. **ISKAZNICU IMUNIZACIJE** odnosno **CIJEPNU KNJIŽICU** (bijela ili plava knjižica u kojoj su zabilježena cjepiva koje je dijete primilo od rođenja do polaska u školu);
4. **ZDRAVSTVENI KARTON DJETETA** od obiteljskog liječnika odnosno pedijatra ili **UPITNIK** ispunjen od strane izabranog liječnika ( u prilogu);
5. **KOPIJA PRVE I ZADNJE POVIJESTI BOLESTI** **ukoliko je dijete teže bolovalo**;
6. **NALAZ PREGLEDA KOD STOMATOLOGA;**
7. **OIB DJETETA;**
8. **KOPIJU RODNOG LISTA I DOMOVNICE DJETETA.**

U slučaju da dijete iz **opravdanih razloga** ne može doći na pregled u predviđenom terminu, molimo da o tome obavijestite **Službu za školsku medicinu u vremenu od 7.30 do 8 sati na telefonski broj 098 9854 984,** kao i na broj **Osnovne škole Kloštar Podravski 048/816-331.**

S poštovanjem,

Stručno povjerenstvo za utvrđivanje psihofozičkog stanja djeteta za OŠ Kloštar Podravski