

\_\_\_\_\_  
ime, prezime majke / skrbnice

\_\_\_\_\_  
ime, prezime oca / skrbnika

\_\_\_\_\_  
adresa prebivališta

DJEČJI VRTIĆ VELIKA GORICA  
Josipa Pucekovića 2, Velika Gorica

**ZAHTJEV ZA IZDAVANJE MIŠLJENJA STRUČNOG TIMA DJEČJEG VRTIĆA  
VELIKA GORICA O PSIHOFIZIČKOM STANJU DJETETA**

Molim Naslov da mi izda mišljenje stručnog tima dječjeg vrtića o psihofizičkom stanju

djeteta \_\_\_\_\_, rođenog \_\_\_\_\_  
(ime i prezime djeteta) (datum rođenja)

OIB djeteta \_\_\_\_\_ s prebivalištem u \_\_\_\_\_  
(adresa, mjesto)

Potvrda mi je potrebna u svrhu:

- a) upisa u 1. razred osnovne škole
- b) postupka stručno-medicinskog vještačenja
- c) ostalo: \_\_\_\_\_

U Velikoj Gorici, \_\_\_\_\_  
(datum)

Potpis podnositelja zahtjeva - roditelja/skrbnika:

\_\_\_\_\_

Napomena:

Ispunjen i potpisan zahtjev potrebno je poslati na e-mail adresu [racunovodstvo@vrtic-vg.hr](mailto:racunovodstvo@vrtic-vg.hr) ili ga osobno donijeti u računovodstvo DV Velika Gorica (centralni objekt, Josipa Pucekovića 2).