**ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO**

ŠIBENSKO – KNINSKE ŽUPANIJE ŠIBENIK

**SLUŽBA ŠKOLSKE MEDICINE**

 **OBAVIJEST RODITELJIMA**

 Za **upis djece u prvi razred** osnovne škole potrebno je donijeti:

**1. MIŠLJENJE STRUČNOG TIMA ŠKOLE O PSIHOFIZIČKOJ SPREMNOSTI DJETETA** (ako ste obavili testiranje)

 **2. LABORATORIJSKE NALAZE** vrijednost hemoglobina i kolesterola u krvi i albumina u mokraći (*prvi jutarnji urin* *djeteta ponijeti u laboratorij u sterilnoj posudici). Dijete pri vađenju krvi mora biti natašte. Laboratorij 3. kat, poliklinika.*

**NAPOMENA**: o terminima za vađenje krvi roditelji će biti naknadno obaviješteni od strane škole ili školske ambulante

**3.ISKAZNICU UMUNIZACIJE**  (ukoliko Vaše dijete nema cjepni karton onda prijepis cjepiva iz pedijatrijske ambulante) \**u terminu sistematskog pregleda djeca se cijepe protiv ospica, zaušnjaka i rubeole, MMR cjepivo.*

**4.ZDRAVSTVENU ISKAZNICU I OIB**

**5.POTVRDU O OBAVLJENOM STOMATOLOŠKOM SISTEMATSKOM PREGLEDU** (zubna putovnica)

**6.POTVRDU O ZDRAVSTVENOM STANJU OD PEDIJATRA** (obvezno fotokopirati *zdravstvenu dokumentaciju o eventualno* *postojećim bolestima, te operativnim zahvatima i hospitalizacijama)*

**7.ISPUNJEN UPITNIK S PODATCIMA O DJETETU**

 Molimo Vas da dođete **točno** na termin koji ćete dobiti od škole : termin za **laboratorij** (*poliklinika*) i termin za **liječnika** ( *ZZJZ ŠIBENSKO-KNINSKE ŽUPANIJE-ambulanta ŠKOLSKE MEDICINE- adresa Matije Gupca 74 Šibenik – nova zgrada)*

 Za sve dodatne informacije ili promjene termina kontaktirajte na **219-417 ili tim3.skolska@zzjz-sibenik.hr**