

## Образац број 1

На основу члана 5. став 5. Правилника о додатној образовној, здравственој и социјалној подршци детету и ученику („Службени гласник“ РС, бр.\_\_\_\_), подносим

### **ЗАХТЕВ/ИНИЦИЈАТИВУ КОМИСИЈИ ЗА ПРОЦЕНУ ПОТРЕБА ЗА ПРУЖАЊЕМ ДОДАТНЕ ОБРАЗОВНЕ, ЗДРАВСТВЕНЕ ИЛИ СОЦИЈАЛНЕ ПОДРШКЕ ДЕТЕТУ/УЧЕНИКУ ЗА ПОКРЕТАЊЕ ПОСТУПКА ПРОЦЕНЕ<sup>1</sup>**

#### Лични подаци о детету

Име и презиме детета: \_\_\_\_\_

Датум рођења: \_\_\_\_\_ ЈМБГ: \_\_\_\_\_

Место и општина рођења детета: \_\_\_\_\_

Боравиште детета (заокружити једну од понуђених могућности):

а) у породици родитеља/старатеља

б) у хранитељској породици

в) у установи социјалне заштите

Адреса боравишта детета: \_\_\_\_\_

#### Лица за контакт

Контакт подаци родитеља, старатеља односно хранитеља детета (име и презиме, адреса, контакт телефон, имејл)

мајка: \_\_\_\_\_

отац: \_\_\_\_\_

хранитељ: \_\_\_\_\_

старатељ: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Садржај захтева попуњава родитељ односно старатељ детета, или образовна, здравствена односно установа социјалне заштите, уз сагласност родитеља односно старатеља детета. Захтев се подноси изабраном лекару.

**Контакт подаци за установу која предлаже поступак процене**

назив установе: \_\_\_\_\_

седиште: \_\_\_\_\_

телефон: \_\_\_\_\_

имејл: \_\_\_\_\_

име и презиме законског заступника установе:

\_\_\_\_\_

**Разлози и образложење предлагања поступка процене<sup>2</sup>**

---

<sup>2</sup> Попуњава подносилац захтева/иницијативе. Потребно је изнети све разлоге за предлагање поступка процене.

### Прилози<sup>3</sup>

**Посебне напомене** (нпр. током поступка процене постоје потребе за преводиоцем са матерњег језика детета/родитеља, знаковног језика, као и друге посебне напомене од важности за поступак процене):

**Пријемни печат** (здравствене установе у којој је запослен изабрани лекар)

#### Изабрани лекар

Име и презиме: \_\_\_\_\_

Контакт телефон и имејл лекара: \_\_\_\_\_

Установа: \_\_\_\_\_

Адреса установе: \_\_\_\_\_

Телефон и имејл установе: \_\_\_\_\_

Датум подношења/прослеђивања захтева комисији \_\_\_\_\_

**Потпис или факсимил  
изабраног лекара**

**Печат здравствене установе**

<sup>3</sup> Навести документа (налазе, мишљења, извештаје и др.) који указују на потребу за поступком процене и обезбеђењем подршке детету и који се достављају у прилогу захтева/иницијативе.

## Потписи

**Подносилац захтева / давалац сагласности**

**Родитељ / старатељ детета<sup>4</sup>**

\_\_\_\_\_  
(Име, презиме, ЈМБГ и потпис)

**Подносилац иницијативе<sup>5</sup>**

\_\_\_\_\_  
(Назив и седиште установе, потпис  
овлашћеног заступника и печат установе)

**Место и датум<sup>6</sup>:**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_. године

Број<sup>7</sup>:

Датум:

Место:

<sup>4</sup> Заокружити својство потписника (родитељ или старатељ детета). Родитељ односно старатељ се јавља као подносилац захтева, или као давалац сагласности, уколико иницијативу подноси овлашћена установа.

<sup>5</sup> Уколико се поступак предлаже по иницијативи овлашћене установе, исту потписује законски заступник (директор) установе.

<sup>6</sup> ако је подносилац захтева родитељ

<sup>7</sup> ако је подносилац захтева установа