

Grad: _____ Naziv vrtića/doma zdravlja: _____

**IZJAVA RODITELJA/STARATELJA O PRISTANKU UČEŠĆA DIJETETA/ŠTIĆENIKA
u Programu ranog otkrivanja slabovidnosti kod djece uzrasta 4 godine u Federaciji BiH „Pregledaj-
progledaj“**

Ja _____
(ime i prezime roditelja/staratelja, napisati štampanim slovima)

izjavljujem da sam upoznat/a sa svim ciljevima i metodom provođenja programa (ankete, mjerenja) u Programu ranog otkrivanja slabovidnosti kod djece uzrasta 4 godine u Federaciji BiH „Pregledaj-progledaj“ (u daljnjem tekstu: Program).

Potvrđujem da je moje sudjelovanje u ovom Programu dobrovoljno. Omogućeno mi je da postavljam pitanja i na svako postavljeno pitanje sam dobio/la zadovoljavajući odgovor. Vrijednosti ovih nalaza i njihov klinički i drugi značaj će mi biti predočeni ukoliko za to budem pokazivao/la interes. Potvrđujem da sam primio/la kopiju ovog obrasca kao i da sam pročitao/la **Letak za roditelje** o Programu.

NAPOMENA: Kao roditelj/staratelj djeteta/štićenika mogu odbiti sudjelovanje mog djeteta/štićenika u ovom Programu, kao i zabraniti upotrebu podataka, u svako doba, bez posljedica.

Pristajem da moje dijete/štićenik _____, rođeno
(ime i prezime djeteta napisati štampanim slovima)

_____/_____/2022. godine učestvuje u navedenom Programu.
(datum rođenja djeteta)

Potpis roditelja/staratelja u programu

Ovaj obrazac je lično obrazložen i priložen od _____
(ime i prezime istraživača)

dana ____/____/2026., u _____.

Poštovani roditelji/staratelji molimo Vas da u nastavku odgovorite na pitanja koja slijede:

POPUNJAVA RODITELJ/STARATELJ

1. Koje je dijete rođeno po redu: <input type="checkbox"/> prvo <input type="checkbox"/> drugo <input type="checkbox"/> treće <input type="checkbox"/> ostalo	2. Da li je dijete blizanac: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	3. Da li je dijete prijevremeno rođeno/nedonošče: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
4. Da li je kod djeteta utvrđen: (moguće više odgovora) <input type="checkbox"/> poremećaj u razvoju, <input type="checkbox"/> alergije (npr. na lijekove ...) <input type="checkbox"/> hronično oboljenje (npr. dijabetes ...)	5. Da li u porodici postoje poremećaji vida: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne 5.1. Ako postoje navesti koji: _____	
6. Koliko često dijete koristi mobilni telefon, tablet: <input type="checkbox"/> Često <input type="checkbox"/> Rijetko <input type="checkbox"/> Ponekad <input type="checkbox"/> Nikada	7. Da li ste primijetili da se dijete približava TV-u ili drugim uređajima: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	8. Da li ste primijetili da se dijete često spotiče, pada ili mu ispadaju igračke: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne

Adresa djeteta/štićenika: _____

Grad: _____

Telefonski broj roditelja/staratelja: _____