



**MUNICIPIUL BUCUREȘTI**  
**CONSILIUL LOCAL AL SECTORULUI 5**  
**Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului**



Str. Fabrica de Chibrituri nr. 9-11, sector 5  
Tel./Fax: 021-310.17.31

Cod fiscal: 17104480  
E-mail: office@dgaspc5.ro

**Serviciul:** Centrul de Zi pentru Recuperarea Copiilor cu Dizabilități - Trompetului 117  
**E-mail:** [czrcd.trompetului@dgaspc5.ro](mailto:czrcd.trompetului@dgaspc5.ro)

**Chestionar de identificare a nevoilor copilului/familiei**  
(se aplică părintelui/reprezentantului legal)

Nume și prenume copil: .....

Nume și prenume părinte respondent: .....

Data aplicării chestionarului: .....

Persoana care a aplicat chestionarul: .....

Timpul de completare estimat: .....

În vederea acordării unor servicii de calitate în cadrul Centrului de Zi pentru Recuperarea Copiilor cu Dizabilități pentru familia dumneavoastră, vă rugăm să răspundeți la următoarele întrebări pentru identificarea nevoilor. Vă solicităm să evaluați, prin bifare sau exemplificare, răspunsul care vă satisface. Opinia dumneavoastră este importantă, întrucât va contribui la oferirea unor servicii adaptate nevoilor copilului și familiei.

**1. Precizați motivul/motivetele pentru care ați solicitat includerea copilului dumneavoastră în Centrul de Zi pentru Recuperarea Copiilor cu Dizabilități Trompetului 117:**

- program zilnic de îngrijire, servicii educaționale non-formale (dezvoltare a abilităților și disponibilităților cognitive, psihomotorii, afectiv – relaționale și social – adaptative), abilitare și reabilitare în funcție de recomandările planului de recuperare;
- program de abilitare și reabilitare în funcție de recomandările planului de recuperare;
  - o activități de recreere și socializare, servicii educaționale non-formale (dezvoltare a abilităților și disponibilităților cognitive, psihomotorii, afectiv – relaționale și social – adaptative);
  - o sprijin în vederea integrării copilului în mediul școlar;
  - o suport pentru dezvoltarea abilităților pentru viața independentă;
  - o sprijin, consiliere, educare pentru părinți sau reprezentanții legali;

**2. Copilul a beneficiat /beneficiază de alte servicii de abilitare-reabilitare?**

- nu
- da

**3. Dacă da, detaliați tipul intervenției, instituția/persoana responsabilă, durata și frecvența serviciilor accesate.....**

.....  
.....  
.....

**4. Ce instituții de învățământ a frecventat copilul dvs. până în prezent?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> nu a frecventat nicio unitate de învățământ | <input type="checkbox"/> cursuri speciale, și anume ..... |
| <input type="checkbox"/> creșă                                       | <input type="checkbox"/> școala .....                     |
| <input type="checkbox"/> grădiniță                                   |   |

**5. Care sunt principalele dificultăți pe care credeți că le întâmpină copilul dvs. la grădiniță /școală?(dacă este cazul)**

- discriminare din partea colegilor (pe criterii etnice, religioase, etc.)
- probleme medicale
- probleme de adaptare la programul și normele școlare (orar, disciplină, fluxul informațional continuu, etc.)
- refuzul de a efectua sarcinile școlare
- lipsa resurselor financiare (lipsa rechizitelor, lipsa materialelor pedagogice, etc)
- alte motive: .....

**6. Considerați că are nevoie de supraveghere și suport în efectuarea sarcinilor școlare?**

(daca este cazul)

- |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Da | <input type="checkbox"/> Nu |
|-----------------------------|-----------------------------|

**7. Doriți să participe la activități de recreere și socializare?**

- |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Da | <input type="checkbox"/> Nu |
|-----------------------------|-----------------------------|

**8. Ce activități de recreere și socializare doriți să desfășoare copilul dumneavoastră în cadrul Centrului de Zi pentru Recuperarea Copiilor cu Dizabilități – Trompetuii 117?**

- activități de pictură și desen
- ateliere de creație
- jocuri de rol
- jocuri interactive
- jocuri de perspicacitate
- activități în aer liber
- concursuri sportive
- vizite la muzee, târguri tematice, etc.
- tabere excursii

**9. Considerați necesară acordarea unui ”pachet alimentar” format din: masă caldă (preparată în regim propriu), mic dejun, gustare în cadrul centrului (zilnic, în funcție de prezență)?**

- Da
- Nu

**10. Care sunt alimentele preferate ale copilului dvs.?**

- dulciuri
- sucuri
- alimente tip fast-food
- grăsimi și carbohidrați (cartofi, prăjeli, shaorma, produse de patiserie, etc.)
- fructe și legume
- alimente preparate în gospodăria proprie
- altele: .....

**11. Copilul dumneavoastră dezvoltă alergii sau are interdicție în ceea ce privește anumite alimente?**

- Da
- Nu

**12. Dacă da, vă rugăm să detaliați.....**

**13. Copilul dumneavoastră necesită administrare regulată de tratament medicamentos?**

- Da
- Nu

**14. Copilul dumneavoastră întâmpină dificultăți în ceea ce privește autoservirea (mănâncă singur, bea singur)?**

- Da
- Nu

Detaliați dificultățile întâmpinate:

.....  
.....  
.....

**15. Copilul dumneavoastră are mersul**

- achiziționat
  - fără ajutor
  - cu ajutor
- neachiziționat

- ❖ **În situația în care considerați că aveți nevoie de consiliere în vederea îmbunătățirii relației părinte-copil puteți solicita sprijinul psihologului din cadrul centrului.**

Mulțumim pentru participare!

Semnătură respondent:

Semnătura persoanei care a aplicat chestionarul