



MUNICIPIUL BUCUREȘTI
CONSILIUL LOCAL AL SECTORULUI 5
Dirrecția 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

**Complexul de Servicii Sociale de Zi pentru Recuperarea Copiilor cu Dizabilități - Centrul de Zi pentru
Recuperarea Copiilor cu Dizabilități - Bacău nr.1B**

Tel.: 0799.413.940

E-mail: czred.bacau1b@dgaspc5.ro

Doamnă Director,

Subsemnatul(a) _____ domiciliat(ă) în Str. _____
nr. _____, bl. _____, sc. _____, etj. _____
_____, ap. _____, sector _____ și fără forme legale în Str. _____ nr. _____
_____, bl. _____, sc. _____, etj. _____, ap. _____, sector _____ părintele/reprezentantul legal al copilului
_____, născut la data de _____, vă rog să-mi aprobați admiterea acestuia în programul Centrului
de Zi pentru Recuperarea Copiilor cu Dizabilități din cadrul Complexului de Servicii Sociale de Zi
pentru Recuperarea Copiilor cu Dizabilități din următoarele motive:

În funcție de recomandările planului de abilitare-reabilitare, optez pentru următoarele servicii:

- kinetoterapie
- masaj și hidroterapie
- logopedie
- psihologie
- educaționale.

Anexez prezentei cereri următoarele acte în original/fotocopie, după caz:

- Copie certificat de naștere copil,
- Copie certificat de căsătorie/sentință divorț,
- Copie CI/BI părinte/părinți,
- Copie certificat de încadrare în grad de handicap și plan de abilitare-reabilitare,
- Scrisoare medicală de la medicul de recuperare, care să conțină examenul clinic și recomandare tratament kinetoterapie cu obiective (după caz),
- Adeverință medicală apt pentru colectivitate,
- Alte documente ce pot dovedi situația copilului/familiei.

Declar că am fost informat(ă) cu privire la modalitatea de admitere în programul Centrului și sunt de acord cu evaluarea multidisciplinară a copilului, ce urmează a fi efectuată de către personalul de specialitate din cadrul CZRCD.

Data :
Telefon:

Semnătura :