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

Str. Fabrica de Chibrituri nr. 9-11, sector 5 Cod fiscal: 17104480
Tel./Fax: 021-310.17.31 E-mail: office@dgaspc5.ro

Serviciul: Centrul de Zi pentru Recuperarea Copiilor cu Dizabilităţi - Bacău nr.1
E-mail: = czrcd.bacau1b@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/motivele pentru care ați solicitat includerea copilului dumneavoastră în Centrul de Zi pentru Recuperarea Copiilor cu Dizabilități – Bacău nr.1:

Program de abilitare și reabilitare în funcție de recomandările planului de recuperare;

- ☐ kinetoterapie;
- ☐ logopedie
- ☐ hidroterapie și masaj de recuperare
- ☐ consiliere psihologică
- ☐ terapie ocupațională
- ☐ activități educative și de socializare
- ☐ consiliere și orientare școlară

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?

- ☐ nu a frecventat nicio unitate de învățământ
- ☐ creșă
- ☐ grădiniță
- ☐ cursuri speciale, și anume .....
- ☐ școala .....

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)

- ☐ Da
- ☐ Nu

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

- ☐ Da
- ☐ Nu

8. Ce activități de recreere și socializare doriți să desfășoare copilul dumneavoastră în cadrul Centrului de Zi pentru Recuperarea Copiilor cu Dizabilități – Bacău nr.1

- ☐ 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. Copilul dumneavoastră necesită administrare regulată de tratament medicamentos?

- ☐ Da
- ☐ Nu

10. Copilul dumneavoastră întâmpină dificultăți în ceea ce privește autoservirea (mănânca 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