

Fondazione

**SPERANZA OLTRE NOI onlus**

**QUESTIONARIO CENTRO ASCOLTO SON**

**Percorsi generativi 2024**

**Prima parte**

FAMIGLIA, NOME E COGNOME…………………………………………………

NOME DEL FIGLIO/A……………………………………………………………….

MAIL………………………………………………………………………………….

* Cosa significa per te, per la tua famiglia, averci conosciuti e mantenere i rapporti con noi?
	+ Ti aiuta nel tuo quotidiano? SI NO

Se sì, come?.................................................................................

…………………………………………………………………………………………………..

* Hai avuto le risposte che ti aspettavi? SI NO

Se **no** perché?........................................................................................

………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………….

* L’ascolto che ti abbiamo offerto ti ha fatto sentire accolta e benvoluta/o?

 SI NO

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

**Seconda Parte**

Figlio/a: età e tipologia della disabilità:

Quali autonomie?

Quali interessi?

Frequenta già un CDD? Quali laboratori?

**QUALI LABORATORI POTREBBERO INTERESSARE?** Barrare una o più opzioni

* SPORT
* GINNASTICA DOLCE /BENESSERE
* MUSICA
* GIARDINO
* ALIMENTAZIONE
* ATTIVITA’ ARTISTICA (QUALE?)…………………………………………………..
* ALTRO (QUALE?)…………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………..

 ORARI PREFERIBILI DURANTE LA SETTIMANA:

* MATTINA
* POMERIGGIO
* SABATO MATTINA

FREQUENZA:

* MONO SETTIMANALE
* BI-SETTIMANALE

**Fondazione SON Speranza Oltre Noi onlus – via Trasimeno 67 – 20128 Milano**

**Codice fiscale: 97778260154 – *Iscritta nel Registro Regionale delle persone giuridiche private al n. 2897***

**PEC: speranzaoltrenoi@legalmail.it – E-MAIL: info@fondazioneson.org**