

臺北市 109 學年度申請身心障礙學生入學國民小學鑑定及安置報名表

學生基本資料	學生姓名	身分證 統一編號			性別	
	出生日期	年	月	日	實足年齡 歲 月	
	戶籍地址	市	區	里 鄰	路 段 巷 弄 號 樓 (街)	
	通訊地址	市	區	里 鄰	路 段 巷 弄 號 樓 (街)	
	家長或 監護人	稱謂	姓名	聯絡電話		
目前就學 情形	<input type="checkbox"/> ( ) 幼兒園	輔導人員	姓名	聯絡電話		
	<input type="checkbox"/> ( ) 發展中心	1. 幼兒園或機 構老師				
	<input type="checkbox"/> 其他 ( )	2. 學前特教巡 迴輔導老師				
其他相關資料	身心障礙 證明(手冊)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 障礙類別：_____ 等級： <input type="checkbox"/> 輕 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 <input type="checkbox"/> 極重 核發日期： 年 月 日 後續鑑定日期： 年 月 日				
	藥物服用 情形	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 主要治療病症： ( )				
	是否需提 供輔具	<input type="checkbox"/> 不需要 <input type="checkbox"/> 需要 <input type="checkbox"/> 聽障輔具 <input type="checkbox"/> 視障輔具 <input type="checkbox"/> 肢病障輔具： <input type="checkbox"/> 輪椅 <input type="checkbox"/> 站立架 <input type="checkbox"/> 助行器 <input type="checkbox"/> 擺位椅				
	是否曾接 受專業治 療	<input type="checkbox"/> 未曾接受過專業治療				
		<input type="checkbox"/> 物理治療：_____醫院；起迄時間：_____年至_____年				
<input type="checkbox"/> 職能治療：_____醫院；起迄時間：_____年至_____年						
<input type="checkbox"/> 語言治療：_____醫院；起迄時間：_____年至_____年						
<input type="checkbox"/> 其他_____：_____醫院；起迄時間：_____年至_____年						
具下列身分 者請勾選	<input type="checkbox"/> 外籍人士子女 (父籍_____, 母籍_____)					
報名學校	<input type="checkbox"/> 戶籍學區學校 臺北市_____區_____國民小學					
	<input type="checkbox"/> 教職員工子女隨父母或監護人就讀 臺北市_____區_____國民小學					
希望 就讀 班型	<input type="checkbox"/> 分散式資源班 <input type="checkbox"/> 視/聽障重點學校之分散式資源班 <input type="checkbox"/> 集中式特教班※依據臺北市身心障礙學生入學國民小學安置原則就近入學安置 <input type="checkbox"/> 特殊教育學校※依據臺北市身心障礙學生入學國民小學安置原則就近入學安置					

父及母或監護人簽名 (父)

(母)

(監護人)

填寫日期： 年 月 日