

臺北市 111 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	
	通訊地址	市	區	里 鄰	路 段	巷 弄 號 樓	
	家長或 監護人	稱謂	姓名		聯絡電話	電子郵件	
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（雙親國籍：_____，_____）						
報名學校	<input type="checkbox"/> 戶籍學區學校 臺北市_____區_____國民小學						
	<input type="checkbox"/> 教職員工子女隨雙親或監護人就讀 臺北市_____區_____國民小學						
	<input type="checkbox"/> 隨身心障礙兄弟就讀 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						

※父母若為共同監護皆須簽名
監護人簽名 (父/母)

(母/父)

(法定監護人)

填寫日期： 年 月 日