

臺北市 107 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) | | | | |
| | 聯絡地址 (實際居住地址) | 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"/> 原住民, 族籍_____ <input type="checkbox"/> 外籍人士子女 (父籍_____, 母籍_____) | | | | | |
| 戶籍所屬學區學校 | 臺北市 _____ 區 _____ 國民小學 (若欲就讀大學區或共同學區學校請加填『身心障礙學生入學國民小學欲就讀共同學區、大學區學校說明書』) | | | | | |
| 希望安置班型 | <input type="checkbox"/> 原學區學校分散式資源班 <input type="checkbox"/> 聽覺障礙資源班 <input type="checkbox"/> 視覺障礙資源班 <input type="checkbox"/> 集中式特教班 <input type="checkbox"/> 特殊教育學校 (<input type="checkbox"/> 臺北市立啟智學校 <input type="checkbox"/> 文山特教學校 <input type="checkbox"/> 臺北市立啟明學校 <input type="checkbox"/> 臺北市立啟聰學校) ※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) | 監護人與學生的關係 | 聯絡電話 | (O) (H) | | |

填寫日期：_____年 _____月 _____日