

**臺北市 115 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
	法定代理人 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"/> 隨身心障礙兄姊就讀 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：(_____國民小學) <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

法定代理人(父母或監護人)簽名 (父/母)

(母/父)

填寫日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日