

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 (街)				
	通訊地址	市 區 里 鄰 路 段 巷 弄 號 樓 (街)				
	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：_____ 級等： <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			
	是否曾接 受專業治 療	<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				
		<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				
具下列身分 者請勾選	<input type="checkbox"/> 其他 _____ 醫院；起迄時間：_____ 年至 _____ 年					
	<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