

臺北市 114 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：_____ 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

法定代理人(父母或監護人)簽名 (父/母)

(母/父)

填寫日期： 年 月 日