

# 臺北市高級中等以下學校特殊教育學生鑑定及安置申復書

申請日期： 年 月 日

基本資料	學生姓名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日	身分證統一編號	
	目前就讀學校					目前就讀年級	
	擬安置學校						
	戶籍地址					聯絡電話	
	通訊地址					電子郵件	
本 次 鑑 定 安 置 結 果	1. 鑑定安置會議日期： 年 月 日						
	2. 特教身分： <input type="checkbox"/> 確認特教生 <input type="checkbox"/> 疑似特教生 <input type="checkbox"/> 非特教生						
	3. 特教類別： <input type="checkbox"/> 智能障礙 <input type="checkbox"/> 視覺障礙 <input type="checkbox"/> 聽覺障礙 <input type="checkbox"/> 語言障礙 <input type="checkbox"/> 肢體障礙 <input type="checkbox"/> 腦性麻痺 <input type="checkbox"/> 身體病弱 <input type="checkbox"/> 情緒行為障礙 <input type="checkbox"/> 學習障礙 <input type="checkbox"/> 多重障礙 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 其他障礙 <input type="checkbox"/> 資賦優異 _____						
	4. 安置型態： <input type="checkbox"/> 普通班 <input type="checkbox"/> 普通班接受特教服務 <input type="checkbox"/> 分散式資源班 <input type="checkbox"/> 集中式特教班 <input type="checkbox"/> 特殊教育學校						
	5. 特殊教育相關資源與支援：						
申復原因	<input type="checkbox"/> 不同意身分鑑定結果 說明： <u>(必填)</u>						
	<input type="checkbox"/> 不同意安置結果 說明： <u>(必填)</u>						
	<input type="checkbox"/> 不同意特殊教育相關資源與支援 說明： <u>(必填)</u>						
補充或更新之資料	(學校協助蒐集補充相關資料)						
申復人簽名	法定代理人(父母或監護人)簽名						

備註：

- 申復人簽名：法定代理人(父母或監護人) (家長若為共同監護皆須簽名)。
- 申復人應於收受或知悉結果之次日起20日內填妥申復書，並備妥相關佐證資料，親送或以掛號郵件寄送臺北市政府教育局（臺北市信義區市府路1號）。
- 法定代理人(父母或監護人)請務必出席申復會議，未克出席者須書面委任受委託人出席，必要時法定代理人(父母或監護人)得邀請相關人員列席。