

**臺北市 112 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**

<b>學生基本資料</b>	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	
	戶籍地址	市	區	里	鄰	路	段
	通訊地址	市	區	里	鄰	路	段
	家長或 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					
<b>其他相關資料</b>	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					
具下列身分 者請勾選	<input type="checkbox"/> 其他_____：_____醫院；起迄時間：_____年至_____年						
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  
監護人簽名 (父/母)

(母/父)

(法定監護人)

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