**臺北市105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）  |
| 聯絡地址(實際居住地址) |  市 區 里 鄰 路 段 巷 弄 號 樓 （街）  |
| 家長或監護人 | 稱謂 | 姓名 | 聯絡電話 |
|  |  |  |
| 目前就學情形 | □( ) 幼兒園□( )發展中心□其他( ) | 輔導人員姓名 | 聯絡電話 |
| 1.幼兒園或機構老師 |  |
| 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) | □無 □有 障礙類別：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 等級：□輕 □中 □重 □極重核發日期： 年 月 日 後續鑑定日期： 年 月 日 |
| 藥物服用情形 | □無 □有 主要治療病症：（ ） |
| 是否需提供輔具 | * 不需要 □需要

□聽障輔具 □視障輔具□肢病障輔具：□輪椅 □站立架 □助行器 □擺位椅  |
| 是否曾接受專業治療 | □未曾接受過專業治療 |
| □物理治療 ： 醫院；起迄時間：\_\_\_\_\_\_\_年至 \_\_\_\_\_\_年□職能治療 ： 醫院；起迄時間：\_\_\_\_\_\_\_年至 \_\_\_\_\_\_年□語言治療 ： 醫院；起迄時間：\_\_\_\_\_\_\_年至 \_\_\_\_\_\_年□其他\_\_\_\_\_\_\_\_： 醫院；起迄時間：\_\_\_\_\_\_\_年至 \_\_\_\_\_\_年  |
| 具下列身分者請勾選 | □原住民,族籍\_\_\_\_\_\_\_\_ □外籍人士子女 (父籍\_\_\_\_\_\_\_，母籍\_\_\_\_\_\_\_) |
| 戶籍所屬學區學校 | 臺北市 區 國民小學(若欲就讀大學區學校請直接填寫校名與申請表) |
| 希望 安置 班型 | □ 原學區學校分散式資源班□ 視、聽障重點學校分散式資源班□ 集中式特教班□ 特殊教育學校（□臺北市立啟智學校 □文山特教學校 □臺北市立啟明學校 □臺北市立啟聰學校）※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 |
| 父及母或監護人 | (父)(母) | 與學生的關係 |  | 聯絡電話 | (O)(H) |

 填寫日期： 年 月 日