**基隆市104學年度特殊需求學生期中轉介／轉銜鑑定申請 報名表**

|  |  |
| --- | --- |
| **編號**： **－** | 填寫日期： 年 月 日 |
| 學生基本資料 | 學生姓名 |  | 身分證字號 |  | 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 (縣) （街）  |
| 通訊地址 | □同戶籍地址（以下免填） 市 區 里 鄰 路 段 巷 弄 號 樓 (縣) （街）  |
| 目前就學情形 | 教育階段 | 學校名稱 | 輔導老師姓名 | 連絡電話 |
| □學前□國小 |  | 1.2. | 1.2. |
| 就讀班級類型：（依其接受特殊教育服務內容勾選，可重複勾選）□普通班，年級：  |
| 學前 | □學前集中式特教班 □學前集中式聽障班□學前不分類巡迴輔導(公私立幼兒園適用) |
| 國小 | □集中式特教班 □不分類資源班 □巡迴輔導：□視覺障礙巡迴輔導 □在家教育巡迴輔導 □情緒行為障礙巡迴輔導 □自閉症巡迴輔導□其他  |
| 其他相關資料 | 身心障礙手冊 | □無 □有，手冊或證明影本黏貼於後。□一年內兒童發展聯合評估中心之評估報告。（限申請學前特殊教育者勾選）□醫療診斷證明書。(半年內有效)  |
| 藥物服用情形 | □無□有，藥名：  主要治療病症：  |
| 輔具使用情形 | □不需要 □需要：□目前沒有，需評估申請 □目前有使用輔具： ，□可續用 □需重新評估輔具名稱：□輪椅 □站立架 □助行器 □擺位椅 □助聽器(□口袋型 □耳掛型 廠牌 型號 ) □人工電子耳(□22頻 □24頻) □其他  |

 （續前頁）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 其他相關資料(續) | 是否曾接受相關專業服務 | □未曾接受過相關專業服務 |
| □有（□物理治療師服務□職能治療師服務□語言治療師服務□其他 ）□持續接受服務中： □物理治療師服務：□ 醫院 □學校 (校名： ) □職能治療師服務：□ 醫院 □學校 (校名： ) □語言治療師服務：□ 醫院 □學校 (校名： ) □其他 ：□ 醫院 □學校 (校名： ) |
| 鑑定結果摘要最近一次 | □無。□有：鑑輔會文號： 年 月 日 字第 號。接受特殊教育資格：□確認障礙，類別： 等級：  □疑似障礙，類別： 安置學校／班別： 其他特殊教育需求：  |
| 監護人資料家長或 | 家長或監護人 | 稱謂 | 姓名 | 連絡電話 |
|  |  | (O)(H)(行動電話) |
| 同意書申請鑑定 | 本人子弟 ，經校內提報並初判為 ，將申請特殊教育需求鑑定。為了解子弟現階段的能力水準及學習狀況，以確認是否符合特殊教育服務資格及特殊教育需求服務，同意子弟接受學校及基隆市特殊教育學生鑑定及就學輔導會因鑑定需要，而進行之各項相關鑑定工作。**家長或監護人簽章**： 日期： 年 月 日  |
| 申請特殊教育服務班級型態 | 學前 | □學前集中式特教班 □學前集中式聽障班□學前不分類巡迴輔導(公私立幼兒園適用) |
| 國小 | □集中式特教班 □不分類資源班 □巡迴輔導：□視覺障礙巡迴輔導 □在家教育巡迴輔導 □情緒行為障礙巡迴輔導 □自閉症巡迴輔導□其他  |
| 國中 | □集中式特教班 □不分類資源班 □巡迴輔導：□視覺障礙巡迴輔導 □在家教育巡迴輔導 □不分類巡迴輔導□其他  |
| 戶籍所屬學區學校 | 請填寫「下一年級、下一教育階段」戶籍所屬學區學校基隆市 區 國民中／小學 |
| 繳附資料 | 詳如：基隆市104學年度第2學期特殊教育需求學生期中轉介／轉銜鑑定資料檢核表 |
| 承辦教師 |  | 聯絡電話 | (O)(H)(行動電話) |

身心障礙手冊或證明影本黏貼處

(無則免附)

|  |
| --- |
| 正面 |
| 反面 |