5 110.12.8更新

附表三之一

繼續填寫下頁

|  |
| --- |
|  **基隆市特殊需求學生特殊教育相關專業團隊合作評估申請單** |
| 申請日期： 年 月 日 | 欲申請之場次日期： 年 月 日 |
| 特教資源中心收件日期： 年 月 日 (**本列由中心填寫勾選**) |
| (各校需於欲報名之該場次收件截止日前送交特教資源中心，逾時將不再受理，並請各校送出申請表後，主動與中心聯繫，以完成報名流程。) |
| 提報學校 |  | 聯絡人 |  | 聯絡電話行動電話 |  |
| 電子信箱 |  |
| **一、學生基本資料** (請填寫前務必確認學生為通報網上在列之具身份之個案) |
| 姓名 |  | 性別 |  | 主要照顧者 | 關係：姓名： |
| 年級 |  |
| 身份證字號 |  | 生日 |  | 聯絡電話行動電話 |  |
| 聯絡地址 |  |
| **二、障礙情形** |
| 1. 身心障礙證明 □ 無；□ 有，障礙等級：  障礙類別：  ICD 診斷：  2. 醫院診斷證明：  3. 領有鑑輔會之證明文號： ，類別：  4. □ 未經鑑定，但疑似有明顯發展遲緩或身心障礙 |
| **三、目前安置情形** |
|  □ 普通班 □ 資源班 □ 特教班 □ 在家教育班 □ 其他： 年 班，實際年級： 年級，導師： ，輔導老師：  |
| **四、過去疾病史及醫療情形(請註明時間或年齡、疾病原因、醫院、醫學診斷)** |
| 1. 2.  |
| ★下列框架灰底區僅提供專團治療師研判及評估家庭狀況後給予適宜教學建議用。 請依實際情形填寫（惟仍遵重家長填寫意願，不予勉強） |
| 與個案同居住所之家庭成員(含親族、手足) | 稱謂 | 姓 名 | 年 齡 | 職 業 | 教育程度 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| (可自由選填)─關於父母親婚姻情形: |
| 家庭成員障礙情形 | 領有手冊者 | 障礙類別 | 等 級 | 與學生關係 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 住所型態勾 選 | □透天厝 □無電梯公寓 □電梯公寓(含大樓、大廈) □其它 |
| **六、申請原因** |
| １.請勾選(可複選):**□鑑輔會決議須接受專團合作評估****□期中轉介需求****□提供家長建議****□建議至醫院做密集治療****□其他學習相關問題:**  ２.個案現況能力說明:(請檢附相關測驗，無則免附) 認知:  溝通:  知動及生活自理:  社會能力與情緒:  |
| **家 長 同 意 書**本人同意子弟 接受基隆市特殊教育相關專業團隊之各項服務。家長或監護人簽章：  中華民國 年 月 日 |
| 承辦人 |  | 單位主管 |  | 校 長 |  |
| **特教資源中心處理結果** |
| □受理申請 ； **確認場次日期： 年 月 日**□不受理申請，原因：  |
| 承辦人 |  | 中心主任 |  |