

臺北市 114 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)
	通訊地址	市	區	里 鄰	路 段 巷 弄 號 樓 (街)
	法定代理人 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			
其他相關資料	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 <input type="checkbox"/> 其他_____：_____醫院；起迄時間：_____年至_____年			
	具下列身分者請勾選	<input type="checkbox"/> 外籍人士子女 (雙親國籍：_____, _____)			
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"/> 隨身心障礙兄弟就讀 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

法定代理人(父母或監護人)簽名 (父/母)

(母/父)

填寫日期： 年 月 日

臺北市 114 學年度身心障礙學生入學國民小學 鑑定及安置報名委託書

立委託書人 _____ 因故無法親自為子弟 _____

報名參加「臺北市 114 學年度身心障礙學生入學國民小學鑑定及安置」，特委託 _____ 先生(女士)代為申辦。

此 致

臺北市政府教育局

備註：立書人須為法定代理人(父母或監護人)，父母若為共同監護則雙方皆須簽名。

委 託 人： (簽章)

(簽章)

身分證統一編號：

戶 籍 地 址：

聯 絡 電 話：

受 委 託 人： (簽章)

身分證統一編號：

戶 籍 地 址：

聯 絡 電 話：

中 華 民 國 年 月 日

臺北市身心障礙學生入國小鑑定及安置實際居住切結書

(家長班型意願為資源班者填寫)

立書人 _____ 為子弟 _____ 報名參加臺北市身心障礙學生鑑定及安置，非寄居身分並實際居住於臺北市。同意依特殊教育法第十二條特殊教育學生以就近入學為原則進行安置，如經查核未實際居住於臺北市者，將同意由臺北市特殊教育學生鑑定及就學輔導會(以下簡稱鑑輔會)協助轉介至實際居住地之縣市鑑輔會進行安置，特此說明。

此 致

臺北市政府教育局

備註：立書人須為法定代理人(父母或監護人)，父母若為共同監護則雙方皆須簽名。

立 書 人： _____ (簽章) _____ (簽章)

聯 絡 電 話： _____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

臺北市身心障礙學生入國小鑑定及安置實際居住切結書

(家長班型意願為特教班者填寫)

立書人 _____ 為子弟 _____ 報名參加臺北市身心障礙學生入國小鑑定及安置，非寄居身分並實際居住於臺北市。根據特教法第 12 條規定，特殊教育學生以「就近入學」為原則。依此，本人申請之資料等均為屬實，並提供相關資料以供檢閱^(註 1)。

此 致

臺北市政府教育局

註 1: 為保障設籍且實際居住本市之身心障礙學童安置本市公立國小(含特教學校國小部)之權益，114 學年度身心障礙學生入國小新生鑑定安置報名時，進行實際居住地查核，其方式如下：

1. 對象：近兩年內(111 年 12 月 1 日之後戶籍自外縣市遷入本市)或通訊地址填寫於外縣市者。
2. 方式：前述對象，除簽立「實際居住切結書」外，尚需檢附下述實際居住證明文件之一，以確認學生與父母或監護人於臺北市設籍且有居住事實。
 - (1)學生的父母、祖父母或外祖父母(或監護人)持有臺北市建物(房屋)所有權狀，請檢附房屋所有權狀影本(或建物謄本)佐證。
 - (2)設籍且有居住事實，請檢附臺北市承租房屋之租賃契約及足以證明居住事實之水費及電費繳納證明，繳費者須為學生家長本人或租約載明之屋主。

註 2：立書人須為法定代理人(父母或監護人)，父母若為共同監護則雙方皆須簽名。

立 書 人： _____ (簽章) _____ (簽章)

聯 絡 電 話： _____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

臺北市 114 學年度身心障礙學生入學國民小學鑑定及安置結果通知

親愛的家長您好：

貴子弟 ○○○ 經臺北市特殊教育學生鑑定及就學輔導會(以下簡稱鑑輔會)鑑定結果為，

確認_____，安置_____，鑑定證明至_____。

鑑輔會列案就學輔導追蹤，需於__學年度追蹤適應情況及安置適切性。

疑似_____，安置分散式資源班。

非特殊教育學生，不予安置。

經鑑輔會鑑定及安置之學生，依本市公立國民小學新生分發及入學辦法辦理分發，惟欲就讀額滿學校者仍須依額滿學校相關入學辦法辦理。

備註：

1. 學生家長接到鑑定及安置結果通知後對鑑定結果有疑義者，可與臺北市西區特教資源中心聯繫(臺北市萬華區莒光路 315 號。電話：23086378 分機 304、207)。
2. 欲提出申復之家長或法定代理人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特殊教育科(臺北市信義區市府路 1 號)。

臺北市政府教育局 敬上

中 華 民 國 114 年 ○ 月 ○ 日

臺北市 114 學年度身心障礙學生入學國民小學鑑定及安置結果通知

親愛的家長您好：

貴子弟 ○○○ 經臺北市特殊教育學生鑑定及就學輔導會鑑定結果為

確認_____，安置_____，鑑定證明至_____。

鑑輔會列案就學輔導追蹤，需於__學年度追蹤適應情況及安置適切性。

請 貴家長於當年度五月最後一週之星期六起十日（以下簡稱報到期間）內受理新生報到。但因不可抗力、連續假日、調整上班日或其他因素有變更報到期間之必要者，由教育局另行公告之。惟欲就讀額滿學校者仍須依額滿學校相關入學辦法辦理，且**務必**參加額滿學校資料審查。（請參照區公所寄發之當年度入學通知單）

安置學校：臺北市○○區○○國小

（倘安置之集中式特教班為額滿學校者，仍須依額滿學校相關入學辦法辦理）。

學校聯絡電話：

備註：

1. 學生家長接到鑑定及安置結果通知後對鑑定結果有疑義者，可與臺北市西區特教資源中心聯繫(臺北市萬華區莒光路 315 號。電話：23086378 分機 304、207)。
2. 欲提出申復之家長或法定代理人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特殊教育科(臺北市信義區市府路 1 號)。

臺北市政府教育局 敬上

中 華 民 國 113 年 ○ 月 ○ 日