

# 臺北市 114 學年度身心障礙學生入學國民小學 鑑定及安置報名基本資料 檢核表

編號: \_\_\_\_\_

學生姓名: \_\_\_\_\_

收件日期:     年     月     日

| 家 長 檢 附 基 本 資 料(請家長勾選)           |                                                                                                                                                                                                                                                         | 查核<br>請打✓ | 備 註                                                    |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------------------------------|
| 基本<br>資料                         | <input type="checkbox"/> 1.臺北市 114 學年度身心障礙學生入學國民小學鑑定報名表                                                                                                                                                                                                 |           |                                                        |
|                                  | <input type="checkbox"/> 2.全戶戶口名簿(或戶籍謄本)正本及影本乙份                                                                                                                                                                                                         |           | 正本驗畢發還                                                 |
|                                  | <input type="checkbox"/> 3.申請參加臺北市身心障礙學生鑑定及安置實際居住切結書                                                                                                                                                                                                    |           |                                                        |
| 相關證<br>明文件<br>(至少<br>一項)         | <input type="checkbox"/> 4.身心障礙證明正本及影本乙份                                                                                                                                                                                                                |           | 正本驗畢發還，未領有者免提供                                         |
|                                  | <input type="checkbox"/> 5.醫院早療評估報告書                                                                                                                                                                                                                    |           | 有限期限內之評估報告                                             |
|                                  | <input type="checkbox"/> 6.六個月內醫療診斷證明(區域級以上之醫院)                                                                                                                                                                                                         |           | 提供 113 年 6 月後的資料                                       |
| 補充<br>資料                         | <input type="checkbox"/> 7 衛生福利部認定之醫學中心、區域醫院、地區醫院或臺北市聽資中心出具之聽力檢查結果及聽力圖                                                                                                                                                                                  |           | 評估日期於收件截止日前 6 個月內、如已配戴助聽輔具者，請一併檢附配戴助聽輔具後之聽力檢查結果及聽力圖    |
|                                  | <input type="checkbox"/> 8.衛生福利部認定之醫學中心、區域醫院或地區醫院核發之視覺相關診斷證明書；如曾接受功能性視覺評估者，請一併檢附評估結果報告書                                                                                                                                                                 |           | 開立日期於收件截止日前 6 個月內                                      |
|                                  | <input type="checkbox"/> 9.佐證其身體病弱，需長期療養且影響學習活動之診斷證明(六個月內)                                                                                                                                                                                              |           | 身體病弱學生應提供 113 年 6 月後的資料                                |
|                                  | <input type="checkbox"/> 10.自閉症兒童檢附台灣兒童青少年精神醫學會醫生之診斷證明                                                                                                                                                                                                  |           | 無則免附                                                   |
| 特殊<br>教育<br>需求<br>評估<br>補充<br>資料 | 11.學前各項能力評估資料(請勾選)<br><input type="checkbox"/> 學前階段身心障礙學生個案轉銜服務資料表<br><input type="checkbox"/> 學前階段身心障礙學生 113 學年度個別化教育計畫教學(巡迴)輔導及評估摘要資料(六個月內)<br><input type="checkbox"/> 輔具需求評估資料<br><input type="checkbox"/> 早期療育服務資料<br><input type="checkbox"/> 其他： |           | 1.學前階段接受特殊教育或早期療育之學生，請檢附左列佐證資料(無則免附)<br>2.請學前單位提供家長報名用 |
| 報名<br>會場<br>提供                   | <input type="checkbox"/> 12.臺北市身心障礙學生入學國民小學申請特殊教育鑑定及安置切結書                                                                                                                                                                                               |           | 若報名表或實際居住說明書父母一方未簽名，請家長簽此切結書                           |
|                                  | <input type="checkbox"/> 13.臺北市身心障礙學生鑑定及安置說明單(入小一新生)                                                                                                                                                                                                    |           | 說明並交給家長                                                |
|                                  | <input type="checkbox"/> 14.報名檢核表影本                                                                                                                                                                                                                     |           | 本表簽收後影本交給家長                                            |

收件單位：

收件人：