

## 附表一

## 花蓮縣國民教育階段身心障礙適齡國民暫緩入學申請表

<b>壹、基本資料</b>				
姓 名		身分證字號		請貼一吋 脫帽半身 正面照片
出生日期	年 月 日	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
家長或監護人姓名		與個案關係		
聯絡電話	家用： 手機：			
戶籍地址	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
通訊地址	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
<b>貳、目前就學狀況</b>				
就學情形	<input type="checkbox"/> 未就學 <input type="checkbox"/> 就學中，就讀幼兒園名稱：			
安置型態	<input type="checkbox"/> 普通班接受特教服務 <input type="checkbox"/> 巡迴輔導班 <input type="checkbox"/> 集中式特教班			
<b>參、檢附資料</b>				
<input type="checkbox"/> 是否已參加本年度暫緩入學說明會(不須檢附證明)。 <input type="checkbox"/> 花蓮縣國民教育階段身心障礙適齡國民暫緩入學輔導計畫。 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊或聯合評估中心開立之發展遲緩證明或花蓮縣特殊教育學生鑑定及就學輔導會核發之鑑定公文影本。 <input type="checkbox"/> 戶口名簿影本或戶籍謄本。				
<b>肆、設籍學區學校</b>				
學校名稱		承辦人核章		
單位主管核章		校長核章		
<b>審 查 結 果</b>				
(以下由花蓮縣特殊教育學生鑑定及就學輔導會填寫)				
<input type="checkbox"/> 同意暫緩入學一年 <input type="checkbox"/> 不同意暫緩入學 <input type="checkbox"/> 其他建議：		花蓮縣特殊教育學生 鑑定及就學輔導會 核 章		

## 花蓮縣國民教育階段身心障礙適齡國民暫緩入學輔導計畫

基本資料					
學生姓名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日
目前接受療育情形（可重複勾選）					
<input type="checkbox"/> 就醫，醫院名稱：_____醫院_____科； 治療項目： <input type="checkbox"/> 定期門診 <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 就學 <input type="checkbox"/> 接受花蓮早療中心服務（到宅服務） <input type="checkbox"/> 其他，_____					
暫緩入學期間擬就讀幼兒園					
幼兒園名稱：					
申請原因					
學生能力說明及輔導目標 (請與相關專業人員共同擬訂未來一年內具體可執行之輔導目標)					
一、生活自理能力					
現有能力	預期目標				
二、社會情緒能力					
現有能力	預期目標				
三、語言溝通能力					
現有能力	預期目標				
四、感官知動能力					

<b>現有能力</b>	<b>預期目標</b>		
<b>五、認知學習能力</b>			
<b>現有能力</b>	<b>預期目標</b>		
<b>六、醫療計畫</b> (有此部分需求可填寫，若無需求則免)			
<b>現有能力</b>	<b>預期目標</b>		
<b>教育/醫療計畫</b> (請與相關專業人員共同擬訂未來一年內具體可執行之教育計畫)			
<b>教育/醫療內容</b>	<b>地點</b>	<b>時間</b>	<b>負責訓練者</b>
範例：認知課程	○○幼兒園	週四09：00到10：00	劉○○老師
範例：生活自理訓練	○○幼稚園	週一至週五08：00到16：00	李○○老師
範例：語言訓練	○○醫院	每週二下午1小時	張○○治療師
<b>簽章</b>			
<b>家長或監護人</b>		<b>計畫撰寫者</b>	
<b>班級導師</b>		<b>特教教師</b>	