

臺北市高級中等以下學校特殊教育學生鑑定及安置申復書

申請日期： 年 月 日

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	身分證 統一編號	
	目前就讀學校						目前就讀年級	
	擬安置學校							
	戶籍地址						聯絡電話	
	通訊地址						電子郵件	
本次鑑定安置結果	<p>1. 鑑定安置會議日期： 年 月 日</p> <p>2. 特教身分：<input type="checkbox"/>確認特教生 <input type="checkbox"/>疑似特教生 <input type="checkbox"/>非特教生</p> <p>3. 特教類別：<input type="checkbox"/>智能障礙 <input type="checkbox"/>視覺障礙 <input type="checkbox"/>聽覺障礙 <input type="checkbox"/>語言障礙 <input type="checkbox"/>肢體障礙 <input type="checkbox"/>腦性麻痺 <input type="checkbox"/>身體病弱 <input type="checkbox"/>情緒行為障礙 <input type="checkbox"/>學習障礙 <input type="checkbox"/>多重障礙 <input type="checkbox"/>自閉症 <input type="checkbox"/>其他障礙 <input type="checkbox"/>資賦優異_____</p> <p>4. 安置型態：<input type="checkbox"/>普通班 <input type="checkbox"/>普通班接受特教服務 <input type="checkbox"/>分散式資源班 <input type="checkbox"/>集中式特教班 <input type="checkbox"/>特殊教育學校</p> <p>5. 特殊教育相關資源與支援：</p>							
申復原因	<p><input type="checkbox"/> 不同意身分鑑定結果 說明：(必填) _____</p> <p><input type="checkbox"/> 不同意安置結果 說明：(必填) _____</p> <p><input type="checkbox"/> 不同意特殊教育相關資源與支援 說明：(必填) _____</p>							
補充或更新之資料	(學校協助蒐集補充相關資料)							
申復人簽名	(父母或法定監護人簽名)							

備註：

1. 若法定監護人為父母，則雙方皆須簽名。
2. 申復人於收受或知悉鑑定安置結果之次日起 20 日內填具申復書，備妥相關佐證資料以郵寄或親送至臺北市政府教育局特殊教育科（臺北市信義區市府路 1 號 8 樓北區，聯絡電話：27208889 轉特殊教育科）。
3. 學生家長請務必出席申復會議，未克出席者須出具委託書委任受委託人出席，必要時得邀請相關人員陪同出席。