**南投縣特殊教育需求學生鑑定安置申訴表**

學年度 鄉、鎮、市 國中小 個案編號：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基  本  資  料 | 學生姓名 | |  | | | | 身分證字號 | |  | | | | | | | | 性別 | | □男 □女 |
| 出生日期 | | 年 月 日 | | | | 家長或監護人姓名 | | | | | |  | | | | 班級 | 年 班 | |
| 聯絡電話 | | （O） （H） （行動電話） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通訊地址 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身心障礙手冊 | | | □無 □有 類別 程度 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 醫學檢查 | | | □無 □有（檢附醫學診斷證明） 檢查單位： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 是否曾接受鑑輔會鑑定 | | | □無 □有（民國 年 鑑定類別 ） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申 訴  主 旨 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 說  明 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家 長  意 見 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 學 校  意 見 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者  姓名 |  | | | 與個案  之關係 | |  | | | | 聯絡電話 | | | | 【O】：  【H】：  行動電話： | | | | | |
| 申 請  日 期 | 中華民國 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 學 校  承辦人 | |  | | | 職 稱 |  | | | | | | | 聯絡  電話 | | |  | | | |
| 鑑 輔 會  承辦人 | |  | | | 職 稱 |  | | | | | | 聯絡  電話 | | |  | | | | |
| 處理措施  及過程 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 鑑輔會核章 | |  | | | | | | 結案日 | | |  | | | | | | | | |

※**需檢附個案智力測驗、在校學習資料、或完整醫學診斷報告書，以玆佐證。**