**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。**