**南投縣適齡身心障礙學生暫緩入學教育替代計畫**

113.07修訂

**輔導單位： 學生姓名： 輔導教師：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 教育內容 | 地點 | 時間 | 負責訓練者 |
| 範例：  語言訓練 | ○○醫院 | 每週二  下午1小時 | 治療師張○○ |
| 生活教育 | ○○幼稚園 | 週一至週五  8：00到下午9：00 | 林○○老師 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

家長或監護人簽名：

相關參與人員簽名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職務（職稱） | 姓名 | 職務（職稱） | 姓名 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |