

宜蘭縣特殊教育學生鑑定安置轉介單

附件 1

學校電話/分機：_____ (必填)

(資賦優異類不適用)

特教業務承辦人：_____ (必填)

特教資源中心：9312464、9312385 轉 210

學 生 基 本 資 料	學生姓名		就讀學校	年級	____年__班	
	身分證字號		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生日	____年__月__日
	戶籍地址 (含鄰里)					
	現居地址 (含鄰里)					
	身 分 別		<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 原住民 (_____ 族) <input type="checkbox"/> 外籍人士子女 (父親：_____ 母親：_____)			
	原鑑輔會認定		<input type="checkbox"/> 無(新個案)，請續填下列問題： <input type="checkbox"/> 曾經 <input type="checkbox"/> 未曾 轉介鑑輔會鑑定。 <input type="checkbox"/> 有，類別_____，鑑定文號_____			
	特教服務方式		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不分類資源班 <input type="checkbox"/> 不分類巡迴輔導班 <input type="checkbox"/> 集中式特教班 <input type="checkbox"/> _____巡迴輔導班 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
			<input type="checkbox"/> 曾經申請通過暫緩入學 <input type="checkbox"/> 曾經申請通過延長修業年限			
			<input type="checkbox"/> 身障證明：第_____類_____ (例：第1類 b122) ICD 碼：_____ 程度：_____ 重新鑑定日期：_____			
			<input type="checkbox"/> 診斷證明書 醫院：_____ 應診日期：_____			
		<input type="checkbox"/> 衡鑑報告 醫院：_____ 應診日期：_____				
重 大 疾 病 史		時間(或年齡)	就醫原因	醫 院	診斷結果	
轉 介 需 求	鑑 定		<input type="checkbox"/> 新 個 案 <input type="checkbox"/> 疑似生再鑑定 <input type="checkbox"/> 跨教育階段重新評估 <input type="checkbox"/> 重新鑑定，原因：_____			
	安 置		<input type="checkbox"/> 集中式特教班 <input type="checkbox"/> 不分類資源班 <input type="checkbox"/> 不分類巡迴輔導班 <input type="checkbox"/> 在家教育巡迴輔導 <input type="checkbox"/> 視障巡迴輔導 <input type="checkbox"/> 聽語障巡迴輔導班 <input type="checkbox"/> 聽障巡迴輔導班 (國中)			
	其 他		<input type="checkbox"/> 改安置(原_____改_____) <input type="checkbox"/> 解除安置 (_____ 巡迴輔導班) <input type="checkbox"/> 放棄特教身分 <input type="checkbox"/> 在學學生延長修業年限 <input type="checkbox"/> 申請考試服務			
		<input type="checkbox"/> 申請聽(語)障巡輔教師評估 <input type="checkbox"/> 申請視障巡輔教師評估 <input type="checkbox"/> 申請在家教育巡輔教師評估 <input type="checkbox"/> 申請自閉症二、三階評估 <input type="checkbox"/> 轉學 (至_____) <input type="checkbox"/> 其它_____				

家 庭 資 料	家長基本資料	姓名	關係	出生年次	職業	教育程度	聯絡電話
			父				
			母				
			主要照顧者				
家庭狀況	經濟狀況： <input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶申請中 住所性質： <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 租屋 <input type="checkbox"/> 借住 <input type="checkbox"/> 其他（_____） 手足狀況：兄 _____ 人；弟 _____ 人；姊 _____ 人；妹 _____ 人 居住狀況： <input type="checkbox"/> 與父母同住 <input type="checkbox"/> 與父同住 <input type="checkbox"/> 與母同住 <input type="checkbox"/> 與（外）祖父母同住 <input type="checkbox"/> 與親戚同住 <input type="checkbox"/> 教養單位 <input type="checkbox"/> 其他 目前是否有社福單位協助： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____（單位名稱） 其他社會福利服務/補助：_____						
	家庭成員	領有身障證明者	障礙類別	等級	與案主關係		

本人同意子弟 _____ 轉介宜蘭縣鑑輔會進行鑑定及所需相關專業人員之評估與介入。

家長/監護人簽章： _____ 關係： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

※申請放棄特殊教育身分，本欄毋需填寫。

校內初篩	初篩日期	_____ 年 _____ 月 _____ 日
	學校特教團隊/特推會初篩結果	<input type="checkbox"/> 需轉介鑑輔會 <input type="checkbox"/> 不需轉介鑑輔會

導師簽章：	承辦人簽章：	主任簽章：	送件日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日
-------	--------	-------	----------------------------------

【備註】：

1. 本表用鉛筆填寫者一律不受理申請。
2. 繳交本表前請確實檢查各欄位是否詳填，相關人員簽章是否已完成，以利鑑定會議時程安排。

家長訪談表-----了解學生在家生活適應調查表（由導師協助主要照顧者填寫）

就讀學校：_____

班級導師：_____

學生姓名：_____年 級：_____ 家長簽章：_____ 填寫日期：_____

一、學前階段生長狀況：

1. 母親懷孕時有無患病：無 有：_____
2. 母親懷孕時是否服藥：無 有：_____
3. 母親懷孕時是否飲酒：無 有
4. 母親懷孕時是否抽煙：無 有
5. 出生時父母年齡：父_____歲、母_____歲
6. 出生時體重：_____公克
7. 胎兒狀況 順利生產 難產 早產 晚產
8. 生產方式 自然分娩 產鉗夾出 真空吸引 剖腹生產
9. 一足歲前的生活情形：非常安靜 安靜 中等 不安靜 非常不安靜
10. 三足歲前主要照顧者：_____ 目前主要照顧者：_____
11. 語言發展 與同年齡兒童相同 比較慢 特殊狀況：_____
12. 動作協調能力 與同年齡兒童相同 比較慢 特殊狀況：_____
13. 生活自理能力 與同年齡兒童相同 比較慢 特殊狀況：_____
14. 病史 無
有(新生兒黃疸癲癇糖尿病腦部外傷肺炎心臟病其他：_____)
15. 是否接受過學前教育：
普通學前教育_____年 特教學前教育_____年 未接受學前教育
16. 其他特殊情況：

二、學習狀況：

1. 家長在家是否會協助學生指導課業：否 經常協助 偶爾協助 完全不協助
2. 學生在家學習新事物的態度是否積極：否 偶爾積極 積極
3. 學生回家後會主動書寫或複習學業：是 否
4. 家長指導課業時有哪些部分反覆教了仍有明顯困難?曾嘗試過哪些有效的方法?哪些部分則是一教就會?
5. 學生優勢能力/弱勢能力：

三、學生在家中生活情況

1. 生活習慣

(如：在家是否經常丟三落四、個人管理物品情形、協助家務、休閒活動…等)

2. 人際互動

(如：與父母手足親戚鄰居相處情形、平常是否喜歡一個人玩、是否常答非所問、是否常與人發生爭執…等)

3. 行為/情緒

(如：學生在家是否情緒穩定、有那些行為或情緒會讓家人困擾、如果出現行為問題或情緒時家人使用的策略)

4. 最困擾家人的問題為何?

教師訪談表

就讀學校：_____

學生姓名：_____ 年 級：_____ 導師簽章：_____ 填寫日期：_____

※若學生有學習困難請續填[附件 4：宜蘭縣學習困難學生轉介前介入紀錄表]；若學生有情緒行為困擾請續填[附件 6：宜蘭縣情緒行為困擾學生行為觀察紀錄表]、[附件 7：宜蘭縣情緒行為困擾學生轉介前介入紀錄表]。

1. (1)請問何時發現個案之學習或適應困難?(例:幼兒園大班)_____

(2)由誰發現?_____

(3)當時曾經提供個案什麼協助?_____

(4)是否曾就醫?醫院、科別為何?診斷結果為何?_____

(5)是否曾用藥?藥名為何?_____

(6)是否曾接受相關治療或教學介入?_____

(7)目前是否有就醫?醫院、科別為何?診斷結果為何?_____

(8)目前有無用藥?藥名為何?_____

2. 您所轉介的學生目前在學校適應上有哪些困難?(請具體描述或舉例)

◆生理感官方面：

◆學業表現方面(含學習動機、學業困難情形…等)：

◆學習能力方面(優勢能力/弱勢能力)：

◆行為 / 情緒（如：輔導困難情形說明、情緒行為問題持續時間及是否有跨二個以上情境…等）：

◆人際互動：

◆家庭功能（教養狀況、家庭功能支持度或特殊狀況…等）：

◆其他補充事項

宜蘭縣學習困難學生轉介前介入紀錄表

就讀學校：_____

填表日期：_____

學生姓名：_____ 年 級：_____ 填表人(導師/相關教師)簽章：_____

一、該生學習困難描述，請具體描述或舉例：

二、您在您的班級中，針對您所轉介的學生的困難，您曾經試過哪些方法？(初級調整)

	輔導策略	已實施	實施成效				實施時間			備註說明
			明顯有效	部分有效	些微有效	成效有限	一學期以下	一學期以上	一學年以上	
學習內容調整	學習目標內容簡化降低難度									
	學習內容減量，或將學習目標再分解成小目標分開學習									
	調整作業內容、份量或方式									
學習歷程調整	針對他的困難教導他學習方法或策略									
	增加視/聽覺提示									
	提供輔助教材或教具(如：教學光碟、字卡)									
	利用小組合作給予支持									
學習環境調整	教師下課或課後額外個別指導									
	安排對他有利的座位									
	允許上課使用輔助物品(如：講義、錄音設備、計算機)									
學習評量調整	安排小老師協助輔導									
	使用多元評量的方式									
	調整評量時間、地點或方式									
其他策略	調整評量內容、題數									
	使用增強系統提供個別化的獎勵									
	請家人在家多加督導									
	請特教老師提供策略或建議									
	家教/補習班/安親班									
	(請依需求新增表格)									

三、教學輔導介入紀錄(二級介入)：

※請針對學生學習困難填寫教學介入內容，密度至少每週 2 次，介入次數至少超過 20 節。

※請至少填寫 20 節(次)介入紀錄，如有需要可自行增列。

次數	日期	補救教學內容 / 介入教學策略	學生反應	介入效果評估：與一般學生平均水準相較是否落後
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

次數	日期	補救教學內容 / 介入教學策略	學生反應	介入效果評估：與一般學生平均水準相較是否落後
16				
17				
18				
19				
20				
心評人員總結		<p>◎綜上述資料，推論學生學習困難的原因：(可複選)</p> <p><input type="checkbox"/> 注意 <input type="checkbox"/> 記憶 <input type="checkbox"/> 理解 <input type="checkbox"/> 知覺</p> <p><input type="checkbox"/> 知覺動作 <input type="checkbox"/> 推理 <input type="checkbox"/> 其他：_____</p> <p>◎學生學習困難的主要表現：(可複選)</p> <p><input type="checkbox"/> 聽覺理解 <input type="checkbox"/> 口語表達 <input type="checkbox"/> 識字 <input type="checkbox"/> 閱讀理解 <input type="checkbox"/> 書寫</p> <p><input type="checkbox"/> 數學運算 <input type="checkbox"/> 數學推理 <input type="checkbox"/> 其他：_____</p>		
		<p><input type="checkbox"/> 轉介前介入不足，建議持續進行。</p> <p><input type="checkbox"/> 轉介前介入效果良好，無須提送鑑定。</p> <p><input type="checkbox"/> 轉介前介入效果有限，進一步特教鑑定。</p> <p>※其他說明：</p>		

宜蘭縣學習障礙學生教學紀錄表

填表日期：_____

就讀學校：_____ 學生姓名：_____ 年 級：_____

原鑑輔會認定：學習障礙 亞型：_____ 疑似學障 亞型：_____其他：_____

一、學生學習困難的原因：(可複選)

注意 記憶 理解 知覺 知覺動作 推理 其他：_____

二、學生學習困難的主要表現：(可複選)

聽覺理解 口語表達 識字 閱讀理解 書寫 數學運算數學推理 其他：_____

三、輔導措施：(請依需求新增下列表格)

起訖時間	領域/方式
實施人員	排課方式/實施時間
教學/介入策略	
個案反應	

起訖時間	領域/方式
實施人員	排課方式/實施時間
教學/介入策略	
個案反應	

宜蘭縣情緒行為困擾學生行為觀察紀錄表

就讀學校： _____

填表日期： _____

學生姓名： _____ 年 級： _____ 填表人(導師/相關教師)簽章： _____

一、學生情緒行為問題造成適應顯著困難情形：

- 生活適應：自理生活作息、維持個人清潔衛生、執行在校滿足個人需求所需活動如交作業、溝通、下課休閒活動
- 社會適應：參與團體學習、活動遵守常規，在團體中扮演成員角色或負起應有責任
- 人際適應
- 學業表現

二、學生行為/情緒是否跨情境：

- 否 是，兩個以上情境（ 學校 家庭 社區 其他 _____ ）

三、針對學生的情緒行為問題已經使用過的方法：

輔導策略	已實施	實施成效				實施時間			備註說明
		明顯有效	部分有效	些微有效	成效有限	一學期以下	一學期以上	一學年以上	
調整物理環境	安排對學生有利的座位，例如離教師座位最近、遠離易發生衝突的同學、遠離分散注意力的刺激、坐在穩定的同學旁邊								
	提供必要的提示卡，例如將學校作息、班級日常事務步驟化製成視覺提示								
	提示明確班級常規								
建立接納班級環境	經常的鼓勵與讚美								
	指導、示範與同儕正向互動的方式								
	引導同儕同理與支持學生								
	提供學生參與各項活動機會								
	讓學生在班級中有歸屬感								
有效教學	每節課均明示教學目標，提供有系統、結構的教學程序								
	使用生動的教學方法、教材教具，提升學生學習動機與專注力								
	教學活動與活動間允許學生有可以合法動一下的機會								
	對重要技能提供足夠的練習機會								
	調整作業的質／量或呈現方式								
	調整評量方式								
	安排同儕小老師								
提供額外的補救教學									

介入策略		已實施	實施成效				實施時間			備註說明
			明顯有效	部分有效	些微有效	成效有限	一學期以下	一學期以上	一學年以上	
行為管理	確定學生注意聽後才給予指令									
	事先預告例行作息、行程的改變									
	學生因不願遵守指令出現負向情緒時，提供學生有限範圍的選擇，以緩和學生的負向情緒									
	適時處理學生的情緒									
	對學生不合理的要求，採取忽視—提示規則—讚美的處理程序									
	鼓勵完成學校交代的工作									
	訂定行為契約									
	對正向行為提供頻繁、立即的回饋									
	提供個別化的獎勵									
親師溝通	主動讓家長知道學生在校狀況(含正向表現)									
	主動與家長溝通學生所需之醫療與教養策略，並形成共識									
外部資源	就醫及服用藥物									
	提供校內學習輔導志工、輔導教師輔導									
	申請輔諮中心三級輔導									
	醫院、治療所專業人員治療									
其他策略	(請依需求新增表格)									

參考來源：情緒行為障礙學生鑑定辦法說明、特殊教育學生的正向行為支持

四、學生在課堂中的學習反應是否與一般生不同？請具體舉例。

五、學生在校學習及生活是否曾發生特殊事件？請具體說明(包含事件情境/學生行為前因/學生行為/老師使用策略)。

宜蘭縣情緒行為困擾學生轉介前介入紀錄表

就讀學校： _____ 填表日期： _____

學生姓名： _____ 年 級： _____ 填表人簽章： _____

情緒行為問題觀察起訖時間： _____ 是否服藥：是，藥名 _____ 否

情緒行為類別參考：

生氣	焦慮	退縮	憂鬱
干擾	攻擊	破壞	對立違抗
			固著
			自傷

(請依需求新增下列表格)

情緒行為問題 (請具體說明)			
出現情境	<input type="checkbox"/> 早自習 <input type="checkbox"/> 上課，科目： _____ <input type="checkbox"/> 下課 <input type="checkbox"/> 午休 <input type="checkbox"/> 打掃時間 <input type="checkbox"/> 其他： _____		
出現頻率		持續時間	
介入策略			
個案反應			

情緒行為問題 (請具體說明)			
出現情境	<input type="checkbox"/> 早自習 <input type="checkbox"/> 上課，科目： _____ <input type="checkbox"/> 下課 <input type="checkbox"/> 午休 <input type="checkbox"/> 打掃時間 <input type="checkbox"/> 其他： _____		
出現頻率		持續時間	
介入策略			
個案反應			

宜蘭縣情緒行為困擾學生特殊教育介入紀錄表

就讀學校： _____

填表日期： _____

學生姓名： _____ 年 級： _____ 填表人簽章： _____

(請依需求調整列數/新增表格)

核心困難 或 特教需求				
教學介入 (務必填寫)	起訖時間		介入反應	
	課程名稱			
	排課方式/ 實施時間			
	實施人員			
	教學目標或 介入目標			
環境調整	<input type="checkbox"/> 有進行環境調整，方式： <input type="checkbox"/> 無進行環境調整。		介入反應	
行為功能 介入	假設之行為功能： _____ _____ <input type="checkbox"/> 有進行行為功能介入，方式： <input type="checkbox"/> 進行行為功能介入。		介入反應	

1. 教學介入包含特殊教育提供之課程(如社會技巧、溝通訓練…等)及相關教學目標、介入目標…等。
2. 環境調整可包含生理環境、心理環境及物理環境之調整，生理可包含醫療、用藥、作息、飲食…等，心理可包含諮商、治療、心理服務…等，物理可包含教室位置、座位安排、班級宣導、行政支援…等。
3. 行為功能介入可包含行為功能介入方案或其他行為功能介入策略(如獎勵制度、行為契約、替代行為訓練、增強及削弱方式…等)；如有擬訂行為功能介入方案，請以附件方式呈現。
4. 環境調整、行為功能介入及教學介入之敘寫盡可能針對核心困難或特教需求所提供之策略、方式或課程。

宜蘭縣特殊教育學生放棄特殊教育身分申請書

放棄特殊教育學生身分說明：

- ◎ 依據教育部規定，放棄特殊教育學生身分係指放棄學生目前所接受特殊教育安置、教學輔導、轉銜、考試評量調整、不能自行上學之交通（費）車、教育輔具、適性輔導安置入學、專業服務及相關支持服務…等相關權益，家長不得異議。
- ◎ 放棄後欲恢復通報特殊教育資格及相關服務，至少一學期後始得配合本縣鑑定安置程序由學校向本縣鑑輔會重新提出申請，可能影響學生受教權益，請務必審慎考慮。

本人同意子弟_____放棄通報特殊教育資格及所有相關特殊教育服務。

特此聲明

此致

宜蘭縣特殊教育學生鑑定及就學輔導會

家長/監護人簽章：

（請勿以鉛筆簽名）

聯絡電話：

日期： 年 月 日

業務承辦人：

單位主管：

備註：

1. 請學校務必於家長填寫本申請書前，向家長詳述「放棄特教學生身分說明」之內容。
2. 本單填妥後，請學校承辦人連同轉介單、會議記錄親送或郵寄至本縣鑑輔會。
（電話：9312385，地址：宜蘭市民權路一段 36 號）

腦性麻痺學生功能評估表

※請教學醫院所屬神經內科、小兒神經科、復健科辦理檢查。

姓 名		性 別	
中華民國身分證 統 一 編 號		出生年月 日	年 月 日
電 話			
應 診 醫 院			
應 診 科 別		應 診 日 期	年 月 日
診 斷 請主治醫師勾選 並 簽 章	<input type="checkbox"/> 是，因腦性麻痺引起的功能障礙，簡述：_____ <input type="checkbox"/> 否，因腦性麻痺引起的功能障礙，簡述：_____		
※下列各項有勾選部分敬請主治醫師逐項簽章			
1. 視覺功能 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 有障礙			
勾選	障礙程度	基準(請醫師勾選並簽章)	
<input type="checkbox"/>	輕度障礙	<input type="checkbox"/> 1. 矯正後兩眼視力均看不到 0.3，或矯正後優眼視力為 0.3，另眼視力小於 0.1(不含)時，或矯正後優眼視力 0.4，另眼視力小於 0.05(不含)者。 <input type="checkbox"/> 2. 兩眼視野各為 20 度以內者。 <input type="checkbox"/> 3. 優眼自動視野計中心 30 度程式檢查，平均缺損大於 10dB(不含)者。	
<input type="checkbox"/>	中度障礙	<input type="checkbox"/> 1. 矯正後兩眼視力均看不到 0.1 時，或矯正後優眼視力為 0.1，另眼視力小於 0.05(不含)者。 <input type="checkbox"/> 2. 優眼自動視野計中心 30 度程式檢查，平均缺損大於 15Db(不含)者。	
<input type="checkbox"/>	重度障礙	<input type="checkbox"/> 1. 矯正後兩眼視力均看不到 0.01(或矯正後小於 50 公分辨指數)者。 <input type="checkbox"/> 2. 優眼自動視野計中心 30 度程式檢查，平均缺損大於 20dB(不含)者。 <input type="checkbox"/> 3. 雙眼結構完全喪失或組織解構，包含無雙眼、眼球癆及不可逆之眼球萎縮。	
<input type="checkbox"/>	其他	(請說明)	
2. 聽覺功能 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 有障礙 (障礙部分： <input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 雙耳)			
勾選	障礙程度	基準(請醫師勾選並簽章)	
<input type="checkbox"/>	輕度障礙	雙耳整體障礙比率介於 50.0% 至 70.0% 如無法取得純音聽力閾值則為優耳 (ABR)聽力閾值介於 55 至 69 分貝。	
<input type="checkbox"/>	中度障礙	雙耳整體障礙比率介於 70.1% 至 90.0% 如無法取得純音聽力閾值則為優耳 (ABR)聽力閾值介於 70 至 90 分貝。	
<input type="checkbox"/>	重度障礙	雙耳整體障礙比率大於等於 90.1% 如無法取得純音聽力閾值則為優耳 (ABR)聽力閾值大於等於 91 分貝。	
<input type="checkbox"/>	其他	(請說明)	
3. 書寫/上肢功能 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 有障礙 (慣用手： <input type="checkbox"/> 右手 <input type="checkbox"/> 左手)			

勾選	基準(請醫師勾選並簽章)
<input type="checkbox"/>	準確度差
<input type="checkbox"/>	握筆能力差
<input type="checkbox"/>	翻書動作差
<input type="checkbox"/>	(慣用手)腕關節活動度差
<input type="checkbox"/>	上臂位移控制度差
<input type="checkbox"/>	雙手協調度差
<input type="checkbox"/>	其他(請說明)
4. 坐姿平衡功能 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 有障礙	
勾選	基準(請醫師勾選並簽章)
<input type="checkbox"/>	無法自行坐下或站起
<input type="checkbox"/>	姿勢異常
<input type="checkbox"/>	書寫時會使姿勢控制不好
<input type="checkbox"/>	主軀幹控制不好
<input type="checkbox"/>	無法久坐，需不定時 <input type="checkbox"/> 站起 或 <input type="checkbox"/> 走動 或 <input type="checkbox"/> 平躺
<input type="checkbox"/>	無法自行控制頭部或軀幹
<input type="checkbox"/>	無法坐
<input type="checkbox"/>	其他(請說明)
5. 移位功能 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 有障礙	
勾選	基準(請醫師勾選並簽章)
<input type="checkbox"/>	上下樓梯需協助
<input type="checkbox"/>	需用輔具才能行走
<input type="checkbox"/>	需用輪椅才能移位
<input type="checkbox"/>	由站到坐需協助
<input type="checkbox"/>	移位速度慢
<input type="checkbox"/>	其他(請說明)
以上經本院醫師診斷屬實，特予證明	
院 長： _____ 主治醫師： _____	
中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
(需加蓋醫院關防，方具效力)	

※表格參考資料來源：「110 學年度身心障礙學生升學大專校院甄試特殊需求(輔具)申請-診斷證明書」

宜蘭縣特殊教育學生轉學轉銜安置會議紀錄

(同一教育階段改安置、轉學適用)

就讀學校		會議日期	年 月 日(週)
學生姓名		記 錄	
主 席			
出席人員	家 長		
	教 師		
	擬安置學校(班級)代表		
	專 業 人 員		
	鑑 輔 會 代 表		
	其 他 相 關 人 員		

會議內容：

一、學生能力現況說明(原就讀學校)

二、安置型態與服務說明(擬安置學校)

三、家長意見與期望

四、會議討論與決議