

宜蘭縣身心障礙學生 104 學年度轉銜鑑定安置檔案

【已列於特教通報網之學生 大班升小一 適用（含疑似生）】
小六升國一



就讀學校：_____

姓 名：_____（以上由學校填寫）

安置學校：_____（由本府人員填寫）

（學生若未至安置學校就讀，請安置學校追蹤學生就讀學校後，逕將檔案移交就讀學校）

電話：9312385 轉 205

地址：260 宜蘭市民權路 1 段 36 號

（檔案資料務必依序排列，裝訂於檔案冊後）



宜蘭縣 104 學年度轉銜鑑定安置檔案冊資料

需要 繳交資料	<p>一、<input type="checkbox"/> 列印特教通報網學生基本資料</p> <p>二、<input type="checkbox"/> 最新公文<u>附件</u>（綜合研判建議報告書或安置會議紀錄表）</p> <p>三、<input type="checkbox"/> 本學期 IEP 資料或其他相關資料</p> <p>四、<input type="checkbox"/> 轉銜服務（請列印特教通報網轉銜資料（表），各項資料應輸入完整）</p> <p>五、<input type="checkbox"/> 最近一年內（103 年 1 月 10 日後）之診斷書、醫檢資料、聯評報告、身障手冊（證明）或相關測驗紀錄彙整表</p> <p>六、<input type="checkbox"/> 轉銜會議紀錄（<u>出席人員不完整者予以退件</u>）</p> <p>七、<input type="checkbox"/> 戶口名簿影本（附上學生及戶籍所在地即可，戶籍其他人基於個案資料保密原則請勿檢附）</p> <p>以上資料以影本即可，但須加註「與正本相符」及「承辦人職章」，並請依序排列，裝訂於檔案冊後</p>
------------	---

特教組長（業務承辦人）：_____（簽章）

主任（園長）：_____（簽章）

日期： 年 月 日

104 學年度宜蘭縣身心障礙學生轉銜鑑定安置結果書

就讀學校		年級階段	<input type="checkbox"/> 大班 <input type="checkbox"/> 小六	學生姓名		出生日期	年 月 日
*以上欄位請學校協助填寫，以下由本府相關人員填寫							
障礙類別	<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"/> 身體病弱 <input type="checkbox"/> 肢體障礙 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 多重障礙 <input type="checkbox"/> 腦性麻痺 <input type="checkbox"/> 學習障礙 亞型：_____ <input type="checkbox"/> 情緒行為障礙 亞型：_____						
	<input type="checkbox"/> 發展遲緩（未滿六歲學童） _____ <input type="checkbox"/> 其他障礙 _____ <input type="checkbox"/> 疑似學習障礙 亞型：_____ <input type="checkbox"/> 疑似情緒行為障礙 亞型：_____						
	<input type="checkbox"/> 疑似智障 _____ <input type="checkbox"/> 無 說明：_____						
	<input type="checkbox"/> 國小 _____ <input type="checkbox"/> 國中 _____						
	<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"/> 在家教育巡迴輔導班 <input type="checkbox"/> 聽(語)障巡迴輔導班 <input type="checkbox"/> 視障巡迴輔導班 <input type="checkbox"/> 立案教養機構(在家教育) <input type="checkbox"/> 普通班接受特教服務 <input type="checkbox"/> 其他：_____						
	巡迴輔導學校： _____						
	<input type="checkbox"/> 國小 _____ <input type="checkbox"/> 國中 _____						
安置結果	教育安置						
在 校 (園) 學 習 及 生 活 支 持 服 務	人力協助	<input type="checkbox"/> 教師助理員 <input type="checkbox"/> 特教學生助理人員 <input type="checkbox"/> 其他人員：_____					
	專業人員	<input type="checkbox"/> 物理治療師 <input type="checkbox"/> 職能治療師 <input type="checkbox"/> 語言治療師 <input type="checkbox"/> 諮商心理師 <input type="checkbox"/> 社會工作師 <input type="checkbox"/> 定向行動專業人員 <input type="checkbox"/> 職業輔導專業人員					
	家庭支持服務	<input type="checkbox"/> 家長諮詢 <input type="checkbox"/> 親職教育 <input type="checkbox"/> 特教相關研習及資訊提供 <input type="checkbox"/> 協助申請相關機關(構)或團體服務					
	學校學習及生活協助	<input type="checkbox"/> 錄音服務 <input type="checkbox"/> 掃描校對 <input type="checkbox"/> 同步聽打 <input type="checkbox"/> 代抄筆記 <input type="checkbox"/> 手語翻譯 <input type="checkbox"/> 心理/社會適應 <input type="checkbox"/> 手語翻譯 <input type="checkbox"/> 心理/社會適應 <input type="checkbox"/> 行為輔導 <input type="checkbox"/> 危機處理方案：					
	適性教材	<input type="checkbox"/> 視障用書：_____ <input type="checkbox"/> 學障有聲書 <input type="checkbox"/> 其他：_____					
	輔具	<input type="checkbox"/> 行動擺位輔具：_____ <input type="checkbox"/> 視覺類輔具：_____					
	<input type="checkbox"/> 聽覺類輔具：_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____						
	學習環境調整	<input type="checkbox"/> 適當教室位置 <input type="checkbox"/> 安排適當座位 <input type="checkbox"/> 教室靠近（無障礙）廁所 <input type="checkbox"/> 其他特殊設施：_____					
	評量調整	<input type="checkbox"/> 試題卷別：_____ <input type="checkbox"/> 試場：_____ <input type="checkbox"/> 輔具：_____ <input type="checkbox"/> 作答方式：_____					
	交通服務	<input type="checkbox"/> 交通車					
酌減班級人數	_____人，原因：_____						
轉銜輔導	<input type="checkbox"/> 辦理轉銜相關活動 <input type="checkbox"/> 召開轉銜會議 <input type="checkbox"/> IEP 納入生涯轉銜計畫 <input type="checkbox"/> 其他						

鑑輔會核章：

日期： 年 月 日

宜蘭縣 104 學年度身心障礙學生個別化轉銜計畫會議紀錄

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 (不克出席請附同意書)		
	教 師		
	專業人員		
	其他相關人員		
	擬安置學校代表		
	通報轉介中心人員 (學前)		
	個案管理中心人員 (學前)		

會議內容：

(一)、升學 (安置) 管道介紹與說明

(二)、教師評估與建議

(三)、家長意見與期望

(四)、就讀普通班減少班級人數

1. 目前就讀普通班減少班級人數- () 人。

2. 預計轉銜至下一個教育階段減少班級人數- () 人。原因：

(五)、綜合討論與初步決議安置

(未填寫學生戶籍所屬學區，請務必說明原因)

_____國小/國中_____班

宜蘭縣身心障礙學生個別化轉銜計畫會議通知書

貴家長敬啟：

貴子女_____訂於____年____月____日____點____分
於本校（園）召開個別化轉銜計畫會議，本會議討論轉銜相關事項與
初步安置（學校及班別）決議，請家長務必參加。

學校名稱：

特教承辦人：

聯絡電話：

通知日期： 年 月 日

宜蘭縣身心障礙學生個別化轉銜計畫會議委託書

本人子女_____訂於____年____月____日召開個別化轉銜
計畫會議，本人因故無法出席會議，謹簽署本委託書，同意會議初步
安置決議。

家長簽名：

聯繫電話：

委託日期： 年 月 日