|  |
| --- |
| **高雄市國中小階段特殊教育學生床邊教學申請表**申請日期：中華民國　　　年　　　月　　　日 |
| 學生姓名： | 性別： | 身分證字號： | 出生日期： |
| 身心障礙手冊編號：重大傷病卡編號（檢附傷病卡影本） | 障礙類別：重大傷病病名 |
| 重大傷病卡編號： | 障礙等級： |
| 病名： |
| 鑑輔會核定文號（94年以後檢附證明影本） |  |
| 法定代理人或監護人姓名 |  | 關係 |   | 聯絡電話 | （O）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（H）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_手機  |
| 家長住址 |  |
| 學籍 | \_\_\_\_\_國中（小） | 　 年　 班 | 學號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | □新申請學生（尚未經鑑輔會審議通過）□經鑑輔會審議通過之床邊教學學生 |
| 原校導師聯絡方式 | 姓名電話 |  | E-mail |
| 安置現況 | * 安置學校 ：□在家教育 □普通班 □各類資源班

□特教班—啟智類、啟仁類、啟聰類、啟明類等□ 就診醫院  |
| 個案現況概述：（由導師或相關教師協助填寫）填寫人姓名：　　　　　與學生關係：　　　　1 |
| 個案教學需求（科目/版本）：□國語（文）/　　　　 　□數學/　　　　 　□英語/　　　　　　　　　　　　　　　　 □心理輔導　□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 申請時請檢附相關資料（已備齊者請於□內打勾）：□1.醫師診斷證明影本 □ 2.重大傷病卡影本　□3.身心障礙手冊影本（無則免） |
| 法定代理人或監護人 簽章 |  | 特教組長 |  | 輔導主任 |  | 校長 |  |

**◎申請學校特教組長/業務承辦人姓名：　　　　電話：　　　　　　E-mail：**

※備註：1.本申請表核章後，向床邊教學班服務學校申請床邊教學教師評估。

 2.申請「鑑輔會鑑定安置」時，應送經床邊教學教師評估後填寫之「**床邊教學鑑定資料表**」。