

## 臺中市特殊教育幼兒入公立及非營利幼兒園鑑定安置報名表 (114.07)

|                                                                                                                                                               |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                           |                                                                                                                  |                          |                |                                                                                                                                                                                                                                             |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 案件類型： <input type="checkbox"/> 新案評估 <input type="checkbox"/> 重新評估 <input type="checkbox"/> 重新安置                                                               |                | 報名梯次： <input type="checkbox"/> 一 <input type="checkbox"/> 二 <input type="checkbox"/> 三                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                           | 報名來源： <input type="checkbox"/> 幼兒園 <input type="checkbox"/> 早療社工 <input type="checkbox"/> 家人                     |                          | 收件日：           |                                                                                                                                                                                                                                             |                          |
| 親愛的家長您好：<br>貴子弟即將接受臺中市特殊教育學生鑑定及就學輔導會（以下簡稱鑑輔會）進行各項鑑定工作及安置，安排學前鑑定評估人員為貴子弟進行必要之教育及學習能力評估，確認是否具有特殊教育資格及安排適切之安置處所。審查過程中有關貴子弟之各項評估、診斷或鑑定資料與結果，僅為教師教學參考及未來升學使用，不會公開。 |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                           |                                                                                                                  |                          |                |                                                                                                                                                                                                                                             |                          |
| 基本資料                                                                                                                                                          | 幼兒姓名           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 出生日期                                                      |                                                                                                                  | 年 月 日                    |                | <input type="checkbox"/> 暫緩<br><input type="checkbox"/> 升大(109.09.02-110.09.01)<br><input type="checkbox"/> 升中(110.09.02-111.09.01)<br><input type="checkbox"/> 升小(111.09.02-112.09.01)<br><input type="checkbox"/> 升幼(112.09.02-113.09.01) | 收件<br>單位<br>檢核           |
|                                                                                                                                                               | 幼兒性別           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女     |                                                                                                                  | 身份證字號                    |                |                                                                                                                                                                                                                                             |                          |
|                                                                                                                                                               | 關係             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 姓名                                                        |                                                                                                                  | 主要照顧者                    |                |                                                                                                                                                                                                                                             |                          |
|                                                                                                                                                               | 法定代理人          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 父                                                         |                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> |                |                                                                                                                                                                                                                                             |                          |
|                                                                                                                                                               | 母              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                                  |                                                                                                                  |                          |                | E-mail                                                                                                                                                                                                                                      | E                        |
|                                                                                                                                                               | 其他             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                                  |                                                                                                                  |                          |                |                                                                                                                                                                                                                                             | L                        |
|                                                                                                                                                               | 個管社工           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，單位： |                                                                                                                  | 姓名：                      |                | 聯絡電話                                                                                                                                                                                                                                        | 郵                        |
|                                                                                                                                                               | 現居地址<br>(鄰里必填) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 市/縣 區/鄉鎮市 里/村 鄰 路 段 巷 弄 號 樓                               |                                                                                                                  |                          |                |                                                                                                                                                                                                                                             |                          |
| 戶籍地址<br>(鄰里必填)                                                                                                                                                |                | <input type="checkbox"/> 同上                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                           | 市/縣 區/鄉鎮市 里/村 鄰 路 段                                                                                              |                          | 學區國小： 區 國小     |                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> |
| 目前就學狀況                                                                                                                                                        |                | *如原就讀幼兒園為公立或非營利幼兒園，確定安置發文後即等同放棄原園直升資格。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                           |                                                                                                                  |                          |                |                                                                                                                                                                                                                                             | 印<br>通報網                 |
| <input type="checkbox"/> 無                                                                                                                                    |                | 教保單位名稱：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                           |                                                                                                                  |                          |                |                                                                                                                                                                                                                                             |                          |
| <input type="checkbox"/> 有(續填右欄)                                                                                                                              |                | 班型： <input type="checkbox"/> 普通班 <input type="checkbox"/> 特幼班                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                           |                                                                                                                  |                          |                |                                                                                                                                                                                                                                             |                          |
|                                                                                                                                                               |                | 特教                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                           | <input type="checkbox"/> 未提報 <input type="checkbox"/> 曾鑑定未通過 <input type="checkbox"/> 通過，                        |                          | 鑑輔會有效期限： 年 月 日 |                                                                                                                                                                                                                                             |                          |
| 證明文件                                                                                                                                                          |                | <input type="checkbox"/> 身心障礙證明                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                           | 等級： <input type="checkbox"/> 輕 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 <input type="checkbox"/> 極重 |                          | 鑑定日期： 年 月 日    |                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> |
| 至少檢附一項<br>無則不予受理                                                                                                                                              |                | <input type="checkbox"/> 診斷證明                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                           | 障礙類別： ICD 診斷：                                                                                                    |                          | 重鑑日期： 年 月 日    |                                                                                                                                                                                                                                             |                          |
| <input type="checkbox"/> 尚在取得中：                                                                                                                               |                | <input type="checkbox"/> 聯合評估中心                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                           | 醫院：                                                                                                              |                          | 開立日期： 年 月 日    |                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> |
| 預計 月 日取得<br>(醫院： )                                                                                                                                            |                | 綜合報告書                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                           | 診斷結果：                                                                                                            |                          | 評估日期： 年 月 日    |                                                                                                                                                                                                                                             |                          |
| <input type="checkbox"/> 尚在評估中：                                                                                                                               |                | <input type="checkbox"/> 心理衡鑑報告                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                           | 醫院：                                                                                                              |                          | 預定複評： 年 月 日    |                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> |
| 預計 月 日評估<br>(醫院： )                                                                                                                                            |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                           | 診斷結果：                                                                                                            |                          | 評估日期： 年 月 日    |                                                                                                                                                                                                                                             |                          |
| <input type="checkbox"/> 還未至醫院掛號<br>排評估                                                                                                                       |                | 其他                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                           | <input type="checkbox"/> 兒童發展篩檢表(一個月內)                                                                           |                          | 施測日期： 年 月 日    |                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                               |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                           | 篩檢結果： 星 網                                                                                                        |                          | 日期： 年 月 日      |                                                                                                                                                                                                                                             |                          |
| 安置順位<br>證明文件<br>(無則免附)                                                                                                                                        |                | <input type="checkbox"/> 1-1. 中度以上身心障礙者之子女：家長持有政府核發之身心障礙證明。<br><input type="checkbox"/> 1-2. 低收入戶子女：社政單位列冊有案並取得證明。<br><input type="checkbox"/> 1-3. 中低收入戶子女：社政單位列冊有案並取得證明。<br><input type="checkbox"/> 1-4. 原住民：戶口名簿登載為原住民身分。<br><input type="checkbox"/> 1-5. 特殊境遇家庭子女：社政單位列冊有案並取得證明。<br><input type="checkbox"/> 2. 經本府社會局轉介輔導之危機家庭或機構安置幼兒：本府社會局轉介文件。<br><input type="checkbox"/> 3. 輕度身心障礙者之子女：家長持有政府核發之身心障礙證明。<br><input type="checkbox"/> 4. 公立幼兒園(含學校)、非營利幼兒園及無償提供土地建物辦理非營利幼兒園之機關及公立學校編制內教職員工之一親等直系血親幼兒：教職員工之在職證明或服務證。<br><input type="checkbox"/> 5. 雙胞胎或多胞胎幼兒：戶口名簿正本或戶籍謄本。<br><input type="checkbox"/> 6. 幼兒家庭有同胞兄弟姊妹三人以上者：戶口名簿正本或戶籍謄本。<br><input type="checkbox"/> 7. 當學年度原園直升幼兒之弟妹(不包含前學年度畢業生之弟妹)：戶口名簿正本或戶籍謄本。 |                                                           |                                                                                                                  |                          |                |                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有                                                                                                      |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                           |                                                                                                                  |                          |                |                                                                                                                                                                                                                                             |                          |
| <input type="checkbox"/> 法定代理人<br><input type="checkbox"/> 實際照顧者                                                                                              |                | 簽名：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                           | 與幼兒的關係：                                                                                                          |                          | 簽名日期： 年 月 日    |                                                                                                                                                                                                                                             |                          |

註：請備齊以下資料 ☐1. 鑑定安置報名表【附件 1-1、1-2、1-3、1-4】(單面列印)、☐2. 戶籍資料影本(必附)、  
☐3. 醫療證明文件影本(正反面)、☐4. 安置順位證明文件影本。

於 114 年 11 月 28 日前寄/送/掃描至「特殊教育網路及鑑定中心 學前鑑定組收」

聯絡電話：(04)2213-8215 分機 820。寄信地址：(401 臺中市東區樂業路 60 號)。**不以郵戳為憑。**

臺中市特教公務信箱：[spcstaichung@spec.tc.edu.tw](mailto:spcstaichung@spec.tc.edu.tw)

Line 官方帳號：請掃描右方 QR code



## 臺中市特殊教育幼兒入公立及非營利幼兒園鑑定安置報名表 (114.07)

## 【志願表】

## 【提醒事項】

- 1、將於 114 學年度第 1 學期末，依各園續讀之在園生、新鑑定個案及畢業生人數統計 115 學年度實際缺額，屆時僅於 115 學年度有缺額之幼兒園進行安置。如計算後所填志願皆為無缺額之幼兒園將通知法定代理人或實際照顧者更改志願學校（非自主更改志願）。
- 2、自主更改志願以一次為限，於 **115 年 1 月 16 日** 下午 4 點前回傳志願異動申請切結書，逾期者須俟所有申請個案安置協調完畢後，仍有餘額才進行安置。
- 3、如原就讀幼兒園為公立或非營利幼兒園，確定安置發文後即等同放棄原園直升資格。
- 4、接受安置之幼兒，報到後如欲至他園報名登記時，應向原安置學校提交放棄安置切結書，並須以一般身分幼兒登記抽籤。

|                                                                  |                              |                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                              |        |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 幼兒姓名                                                             |                              | 優先連絡電話                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                              |        |
| 安<br>置<br>意<br>願<br>調<br>查                                       | ★法定代理人或實際照顧者希望安置的幼兒園及班型（勾選）： |                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                              |        |
|                                                                  | 排序                           | 希望安置幼兒園（行政區及幼兒園名稱）                                                                                                                                                                                        | 普通班<br>接受特教服務<br>接受迴輔導服務                                                                                                                                                                     | 集中式特教班 |
|                                                                  | A                            | 區                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                              |        |
|                                                                  | B                            | 區                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                              |        |
|                                                                  | C                            | 區                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                              |        |
|                                                                  | D                            | 區                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                              |        |
|                                                                  | E                            | 區                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                              |        |
|                                                                  | *安置教育型態說明：                   |                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                              |        |
|                                                                  | 普通班                          | 接受特教服務<br>針對幼兒需求擬定個別化教育計畫（以下簡稱 IEP），可申請特教服務【如：專業團隊、教師助理員、經費補助（需符合教育部經費補助資格）等】，但未提供不分類巡迴輔導服務。<br>接受不分類巡迴輔導班服務<br>可申請上述特教服務及擬定 IEP，同時接受不分類巡迴輔導教師到校提供教保人員專業支持及相關服務，以間接服務「入班觀察/諮詢服務/協同教學」為主，於自然情境中引導幼兒適應融合環境。 | ▲公立及非營利幼兒園名單可至「全國教保資訊網」( <a href="https://www.ece.moe.edu.tw/">https://www.ece.moe.edu.tw/</a> )查詢。<br> |        |
|                                                                  | 集中式特教班                       | 可申請前述特教服務及擬定 IEP，一班僅安置 8 名特教生，安置對象以中重度障礙之特殊教育需求幼兒為主，全日在該班級上課。                                                                                                                                             | 集中式特教班名單可至「臺中市特教資訊網→家長專區→學前階段→就學資訊→集中式特教班」查詢<br>                                                        |        |
| <input type="checkbox"/> 法定代理人<br><input type="checkbox"/> 實際照顧者 |                              | 簽名： _____ 與幼兒的關係： _____ 簽名日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                              |        |

## 臺中市特殊教育幼兒入公立及非營利幼兒園鑑定安置報名表(114.07)

【現況表】※申請緩讀者免填※

|                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |                                                         |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |      |    |      |                |      |      |      |           |      |    |                                                         |       |                    |   |                                                           |                                                          |                                                         |  |                    |  |  |   |                                                           |                                                          |                    |  |  |  |         |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------|----|------|----------------|------|------|------|-----------|------|----|---------------------------------------------------------|-------|--------------------|---|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--|--------------------|--|--|---|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------|--|--|--|---------|--|--|-----------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 幼兒姓名                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 出生日期                                                    | 年 月 日                                                   |                                                           | <input type="checkbox"/> 升大(109.09.02-110.09.01)<br><input type="checkbox"/> 升中(110.09.02-111.09.01)<br><input type="checkbox"/> 升小(111.09.02-112.09.01)<br><input type="checkbox"/> 升幼(112.09.02-113.09.01)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |           |      |    |      |                |      |      |      |           |      |    |                                                         |       |                    |   |                                                           |                                                          |                                                         |  |                    |  |  |   |                                                           |                                                          |                    |  |  |  |         |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |
| 填表人                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 關係：                                                     | ____年____月____日填表                                       |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |      |    |      |                |      |      |      |           |      |    |                                                         |       |                    |   |                                                           |                                                          |                                                         |  |                    |  |  |   |                                                           |                                                          |                    |  |  |  |         |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |
| 家庭狀況                                                                                                                                                                                                                    | 1. 排行：____，兄____人，姐____人，弟____人，妹____人。手足目前就讀學校名稱：____年級：____。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                         |                                                         |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |      |    |      |                |      |      |      |           |      |    |                                                         |       |                    |   |                                                           |                                                          |                                                         |  |                    |  |  |   |                                                           |                                                          |                    |  |  |  |         |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                         | 2. 家庭結構： <input type="checkbox"/> 雙親 <input type="checkbox"/> 單親 <input type="checkbox"/> 隔代教養 <input type="checkbox"/> 寄養家庭 <input type="checkbox"/> 其他：_____。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |                                                         |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |      |    |      |                |      |      |      |           |      |    |                                                         |       |                    |   |                                                           |                                                          |                                                         |  |                    |  |  |   |                                                           |                                                          |                    |  |  |  |         |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                         | 3. 同住家庭成員： <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 手足 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 外傭 <input type="checkbox"/> 其他_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                         |                                                         |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |      |    |      |                |      |      |      |           |      |    |                                                         |       |                    |   |                                                           |                                                          |                                                         |  |                    |  |  |   |                                                           |                                                          |                    |  |  |  |         |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                         | 4. 主要照顧者： <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 外傭/保母 <input type="checkbox"/> 其他：_____。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                         |                                                         |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |      |    |      |                |      |      |      |           |      |    |                                                         |       |                    |   |                                                           |                                                          |                                                         |  |                    |  |  |   |                                                           |                                                          |                    |  |  |  |         |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                         | 5. 父母/主要照顧者狀況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                         |                                                         |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |      |    |      |                |      |      |      |           |      |    |                                                         |       |                    |   |                                                           |                                                          |                                                         |  |                    |  |  |   |                                                           |                                                          |                    |  |  |  |         |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                         | <table><tr><td></td><td>姓名</td><td>關係</td><td>國籍</td><td></td><td>年齡</td><td>教育程度</td><td>職業</td><td>教養態度</td></tr><tr><td rowspan="2">法定代理人</td><td></td><td>父</td><td><input type="checkbox"/>本國 <input type="checkbox"/>____</td><td><input type="checkbox"/>存<br/><input type="checkbox"/>歿</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>母</td><td><input type="checkbox"/>本國 <input type="checkbox"/>____</td><td><input type="checkbox"/>存<br/><input type="checkbox"/>歿</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>其他主要照顧者</td><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/>本國 <input type="checkbox"/>____</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |                                                         |                                                         |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |      |    |      | 姓名             | 關係   | 國籍   |      | 年齡        | 教育程度 | 職業 | 教養態度                                                    | 法定代理人 |                    | 父 | <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> ____ | <input type="checkbox"/> 存<br><input type="checkbox"/> 歿 |                                                         |  |                    |  |  | 母 | <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> ____ | <input type="checkbox"/> 存<br><input type="checkbox"/> 歿 |                    |  |  |  | 其他主要照顧者 |  |  | <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> ____ |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 姓名                                                      | 關係                                                      | 國籍                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 年齡        | 教育程度 | 職業 | 教養態度 |                |      |      |      |           |      |    |                                                         |       |                    |   |                                                           |                                                          |                                                         |  |                    |  |  |   |                                                           |                                                          |                    |  |  |  |         |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                         | 法定代理人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                         | 父                                                       | <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> ____ | <input type="checkbox"/> 存<br><input type="checkbox"/> 歿                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |           |      |    |      |                |      |      |      |           |      |    |                                                         |       |                    |   |                                                           |                                                          |                                                         |  |                    |  |  |   |                                                           |                                                          |                    |  |  |  |         |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         | 母                                                       | <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> ____ | <input type="checkbox"/> 存<br><input type="checkbox"/> 歿                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |           |      |    |      |                |      |      |      |           |      |    |                                                         |       |                    |   |                                                           |                                                          |                                                         |  |                    |  |  |   |                                                           |                                                          |                    |  |  |  |         |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                         | 其他主要照顧者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         |                                                         | <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> ____ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |      |    |      |                |      |      |      |           |      |    |                                                         |       |                    |   |                                                           |                                                          |                                                         |  |                    |  |  |   |                                                           |                                                          |                    |  |  |  |         |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |
| 6. 父母婚姻狀況： <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 其他：_____                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |                                                         |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |      |    |      |                |      |      |      |           |      |    |                                                         |       |                    |   |                                                           |                                                          |                                                         |  |                    |  |  |   |                                                           |                                                          |                    |  |  |  |         |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |
| 7. 家庭經濟狀況： <input type="checkbox"/> 富裕 <input type="checkbox"/> 小康 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 中低收 <input type="checkbox"/> 低收 <input type="checkbox"/> 弱勢扶助 <input type="checkbox"/> 其他：_____ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |                                                         |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |      |    |      |                |      |      |      |           |      |    |                                                         |       |                    |   |                                                           |                                                          |                                                         |  |                    |  |  |   |                                                           |                                                          |                    |  |  |  |         |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |
| 8. 主要經濟來源： <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 其他_____                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |                                                         |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |      |    |      |                |      |      |      |           |      |    |                                                         |       |                    |   |                                                           |                                                          |                                                         |  |                    |  |  |   |                                                           |                                                          |                    |  |  |  |         |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |
| 9. 家中主要使用語言： <input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 台語 <input type="checkbox"/> 客家語 <input type="checkbox"/> 原住民語言 <input type="checkbox"/> 其他：_____。                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |                                                         |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |      |    |      |                |      |      |      |           |      |    |                                                         |       |                    |   |                                                           |                                                          |                                                         |  |                    |  |  |   |                                                           |                                                          |                    |  |  |  |         |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |
| 10. 家中成員是否有其他特殊個案： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，與個案的關係：_____，障礙類別為：_____                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |                                                         |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |      |    |      |                |      |      |      |           |      |    |                                                         |       |                    |   |                                                           |                                                          |                                                         |  |                    |  |  |   |                                                           |                                                          |                    |  |  |  |         |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |
| 11. 家庭特殊需求或狀況備註：_____                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |                                                         |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |      |    |      |                |      |      |      |           |      |    |                                                         |       |                    |   |                                                           |                                                          |                                                         |  |                    |  |  |   |                                                           |                                                          |                    |  |  |  |         |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |
| 療育情形                                                                                                                                                                                                                    | 目前安排： <input type="checkbox"/> 無安排 <input type="checkbox"/> 待排中                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |                                                         |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |      |    |      |                |      |      |      |           |      |    |                                                         |       |                    |   |                                                           |                                                          |                                                         |  |                    |  |  |   |                                                           |                                                          |                    |  |  |  |         |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                         | <table><tr><td>療育項目</td><td>地點<br/>(如：○○醫院)</td><td>療育方式</td><td>每週次數</td><td>療育時間</td><td>開始接受療育的時間</td></tr><tr><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/>個別 <input type="checkbox"/>團體</td><td></td><td>星期____，__:__~__:__</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/>個別 <input type="checkbox"/>團體</td><td></td><td>星期____，__:__~__:__</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/>個別 <input type="checkbox"/>團體</td><td></td><td>星期____，__:__~__:__</td><td></td></tr></table>                                                                                                                                                                      |                                                         |                                                         |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |      |    | 療育項目 | 地點<br>(如：○○醫院) | 療育方式 | 每週次數 | 療育時間 | 開始接受療育的時間 |      |    | <input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> 團體 |       | 星期____，__:__~__:__ |   |                                                           |                                                          | <input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> 團體 |  | 星期____，__:__~__:__ |  |  |   | <input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> 團體   |                                                          | 星期____，__:__~__:__ |  |  |  |         |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                         | 療育項目                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 地點<br>(如：○○醫院)                                          | 療育方式                                                    | 每週次數                                                      | 療育時間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 開始接受療育的時間 |      |    |      |                |      |      |      |           |      |    |                                                         |       |                    |   |                                                           |                                                          |                                                         |  |                    |  |  |   |                                                           |                                                          |                    |  |  |  |         |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         | <input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> 團體 |                                                           | 星期____，__:__~__:__                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |      |    |      |                |      |      |      |           |      |    |                                                         |       |                    |   |                                                           |                                                          |                                                         |  |                    |  |  |   |                                                           |                                                          |                    |  |  |  |         |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         | <input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> 團體 |                                                           | 星期____，__:__~__:__                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |      |    |      |                |      |      |      |           |      |    |                                                         |       |                    |   |                                                           |                                                          |                                                         |  |                    |  |  |   |                                                           |                                                          |                    |  |  |  |         |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> 團體 |                                                         | 星期____，__:__~__:__                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |      |    |      |                |      |      |      |           |      |    |                                                         |       |                    |   |                                                           |                                                          |                                                         |  |                    |  |  |   |                                                           |                                                          |                    |  |  |  |         |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |                                                         |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |      |    |      |                |      |      |      |           |      |    |                                                         |       |                    |   |                                                           |                                                          |                                                         |  |                    |  |  |   |                                                           |                                                          |                    |  |  |  |         |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |                                                         |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |      |    |      |                |      |      |      |           |      |    |                                                         |       |                    |   |                                                           |                                                          |                                                         |  |                    |  |  |   |                                                           |                                                          |                    |  |  |  |         |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |                                                         |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |      |    |      |                |      |      |      |           |      |    |                                                         |       |                    |   |                                                           |                                                          |                                                         |  |                    |  |  |   |                                                           |                                                          |                    |  |  |  |         |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |
| 生理狀況                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 聽力異常：左耳____分貝，右耳____分貝；<br>助聽器( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 右耳)<br>人工電子耳( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 右耳)<br><input type="checkbox"/> 視力異常：左眼____ 右眼____<br><input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 配戴眼鏡後仍低於 0.3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                         |                                                         |                                                           | <input type="checkbox"/> 肢體異常： <input type="checkbox"/> 左手 <input type="checkbox"/> 右手 <input type="checkbox"/> 左腳 <input type="checkbox"/> 右腳<br><input type="checkbox"/> 其他，說明：_____<br>目前輔具： <input type="checkbox"/> 助行器 <input type="checkbox"/> 輪椅 <input type="checkbox"/> 其他：_____<br><input type="checkbox"/> 特殊疾病： <input type="checkbox"/> 水腦 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 腦性麻痺<br><input type="checkbox"/> 唐氏症 <input type="checkbox"/> 唇顎裂 <input type="checkbox"/> 其他：_____ |           |      |    |      |                |      |      |      |           |      |    |                                                         |       |                    |   |                                                           |                                                          |                                                         |  |                    |  |  |   |                                                           |                                                          |                    |  |  |  |         |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                         | 發現問題的時<br>間及當時狀況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                         |                                                         |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |      |    |      |                |      |      |      |           |      |    |                                                         |       |                    |   |                                                           |                                                          |                                                         |  |                    |  |  |   |                                                           |                                                          |                    |  |  |  |         |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |
| 誰發現的：_____當時的發展如何？_____何時開始接受治療：_____                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |                                                         |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |      |    |      |                |      |      |      |           |      |    |                                                         |       |                    |   |                                                           |                                                          |                                                         |  |                    |  |  |   |                                                           |                                                          |                    |  |  |  |         |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |
| 家中觀察                                                                                                                                                                                                                    | (可獨力完成或口語提示後可自行完成→請打√；無法做到或需要大量協助→請打×；不穩定→△)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |                                                         |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |      |    |      |                |      |      |      |           |      |    |                                                         |       |                    |   |                                                           |                                                          |                                                         |  |                    |  |  |   |                                                           |                                                          |                    |  |  |  |         |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                         | 動作： <input type="checkbox"/> 躺到坐 <input type="checkbox"/> 站 <input type="checkbox"/> 走 <input type="checkbox"/> 跑 <input type="checkbox"/> 原地跳 <input type="checkbox"/> 上樓梯 <input type="checkbox"/> 下樓梯 <input type="checkbox"/> 蹲                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                         |                                                         |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |      |    |      |                |      |      |      |           |      |    |                                                         |       |                    |   |                                                           |                                                          |                                                         |  |                    |  |  |   |                                                           |                                                          |                    |  |  |  |         |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                         | 生活：如廁： <input type="checkbox"/> 已戒尿布 <input type="checkbox"/> 想上廁所會告訴大人 <input type="checkbox"/> 會自己小便 <input type="checkbox"/> 會自己大便                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                         |                                                         |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |      |    |      |                |      |      |      |           |      |    |                                                         |       |                    |   |                                                           |                                                          |                                                         |  |                    |  |  |   |                                                           |                                                          |                    |  |  |  |         |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                         | 飲食： <input type="checkbox"/> 喝水 <input type="checkbox"/> 咀嚼食物 <input type="checkbox"/> 能自行用餐 <input type="checkbox"/> 握湯匙 <input type="checkbox"/> 吸管喝水                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         |                                                         |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |      |    |      |                |      |      |      |           |      |    |                                                         |       |                    |   |                                                           |                                                          |                                                         |  |                    |  |  |   |                                                           |                                                          |                    |  |  |  |         |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                         | 語言： <input type="checkbox"/> 會單音 <input type="checkbox"/> 能仿說__字 <input type="checkbox"/> 能說疊字(除了爸媽奶) <input type="checkbox"/> 能說簡單詞                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                         |                                                         |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |      |    |      |                |      |      |      |           |      |    |                                                         |       |                    |   |                                                           |                                                          |                                                         |  |                    |  |  |   |                                                           |                                                          |                    |  |  |  |         |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 能說簡單句(如我想要○○) <input type="checkbox"/> 能互動對話(如問○○去哪裡?可回答) <input type="checkbox"/> 口齒清晰                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                         |                                                         |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |      |    |      |                |      |      |      |           |      |    |                                                         |       |                    |   |                                                           |                                                          |                                                         |  |                    |  |  |   |                                                           |                                                          |                    |  |  |  |         |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                         | 特殊狀況補充(有打√無打X)： <input type="checkbox"/> 缺乏溝通意圖 <input type="checkbox"/> 詞彙少於 20 個 <input type="checkbox"/> 鸚鵡式語言                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                         |                                                         |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |      |    |      |                |      |      |      |           |      |    |                                                         |       |                    |   |                                                           |                                                          |                                                         |  |                    |  |  |   |                                                           |                                                          |                    |  |  |  |         |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                         | 表達需求： <input type="checkbox"/> 自己動手(不求協助) <input type="checkbox"/> 動作(拉手) <input type="checkbox"/> 說單字(開) <input type="checkbox"/> 說雙詞(媽媽開) <input type="checkbox"/> 說句子                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |                                                         |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |      |    |      |                |      |      |      |           |      |    |                                                         |       |                    |   |                                                           |                                                          |                                                         |  |                    |  |  |   |                                                           |                                                          |                    |  |  |  |         |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                         | 情緒社交： <input type="checkbox"/> 情緒穩定 <input type="checkbox"/> 能接受挫折 <input type="checkbox"/> 叫名有反應 <input type="checkbox"/> 主動與其他幼兒互動 <input type="checkbox"/> 可遵守指令                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                         |                                                         |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |      |    |      |                |      |      |      |           |      |    |                                                         |       |                    |   |                                                           |                                                          |                                                         |  |                    |  |  |   |                                                           |                                                          |                    |  |  |  |         |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                         | 對幼兒的教養困擾及學習期待：_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                         |                                                         |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |      |    |      |                |      |      |      |           |      |    |                                                         |       |                    |   |                                                           |                                                          |                                                         |  |                    |  |  |   |                                                           |                                                          |                    |  |  |  |         |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |

附件 1-4

編號：

臺中市特殊教育幼兒入公立及非營利幼兒園鑑定安置報名表

【通知郵件地址】(114.07)

※申請暫緩者、第二批申請者，免填※

|                                                                                                               |  |               |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------|--|
| 幼兒姓名                                                                                                          |  | 法定代理人或實際照顧者姓名 |  |
| <input type="checkbox"/> 我選擇以 E-mail 通知（免填信封）<br>E-mail：                                                      |  |               |  |
| <input type="checkbox"/> 我選擇以平信通知（請填寫右邊兩個信封並貼上兩張 8 元郵票）                                                       |  |               |  |
| <input type="checkbox"/> 我選擇以 Line 通知 <input type="checkbox"/> 已加入 <input type="checkbox"/> 未加入（可掃下方 QR Code） |  |               |  |

歡迎加入官方 Line 帳號！  
有問題都可以詢問，會有  
專人為您解惑喔！



信封書寫範例

8 元  
郵票

特殊教育網路及鑑定中心 學前鑑定組收

401006 臺中市東區樂業路 60 號

張大毛收

法定代理人或實際照顧者姓名

陳泰迪

幼兒姓名

406022 臺中市北屯區崇德路○段○號

填法定代理人或實際照顧者的通訊地址

8 元  
郵票

特殊教育網路及鑑定中心 學前鑑定組

臺中市東區樂業路 60 號

收

8 元  
郵票

特殊教育網路及鑑定中心 學前鑑定組

臺中市東區樂業路 60 號

收