**請將回條填妥，讓孩子帶回學校交給導師，謝謝您。**

**臺東縣特殊教育需求鑑定家長調查表及同意書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 鑑定學年 | 110 | 編號 | (特教中心填寫) |  |  |
| 提報學校 | \_\_\_\_\_\_國小 | 年級 |  |  |
| **一、基本資料** |
| 身分證字號 |  | 姓名 |  | 性別 |  |
| 出生年月日 |  | 主要聯絡人 |  | 關係 |  | 聯絡電話 |  |
| ※社工服務□ 無 □ 有，社工： (姓名/服務單位)  |
| **二、醫療健康史** |
| 食物過敏 | □無 □有 　食物名稱：  |
| 藥物過敏 | □無 □有 　藥物名稱： |
| 特殊疾病 | □無 □有　（□氣喘　□心臟病　□蠶豆症　□精神疾患　□癲癇）□其他： |
| 定期服用藥物 | □無 □有 藥物名稱 |
| **二、醫療評估紀錄(無則免付)** |
| □ | 身心障礙證明(需附影本) |
| 障礙類別 |  | 障礙等級 |  |
| 鑑定日期 |  | 重新鑑定日期 |  |
| □ | 醫療院所診斷證明(需附影本) |
| 醫院名稱 |  | 醫院證明開立日期 |  |
| 診斷結果 |  |
|  |  |  |
| **特殊教育需求學生鑑定安置同意書** |
| 本人經學校說明後已充分瞭解孩子接受鑑定之原因、目的及相關權利義務，並已詳細閱讀及填妥同意書之各項資料，茲 **□同意** **□不同意**敝子弟 接受「臺東縣政府特殊教育學生鑑定及就學輔導會」實施鑑定評量與安置所需之各項評量工作。如經臺東縣政府特殊教育學生鑑定及就學輔導會確認為特殊教育學生，同意接受特殊教育通報系統建檔與相關特殊教育服務。法定代理人或監護人(家長)簽章： 日期：中華民國 年 月 日 |

 業務承辦人： 單位主管： 校長：

**※家長若不同意追蹤輔導鑑定，則視同放棄特教身份及特教服務**