

嘉義縣學前特殊教育需求幼兒調整班級人數申請表

提報幼兒園：_____

114 學年度

學 生 基 本 資 料	姓名	出生日期	目前 年級	<input type="checkbox"/> 幼幼班 <input type="checkbox"/> 小班 <input type="checkbox"/> 中班 <input type="checkbox"/> 大班	
	最近一次鑑輔 會鑑定文號	___年___月___日 府教學特字第_____號		安置類型 <input type="checkbox"/> 普通班(接受特教服務) <input type="checkbox"/> 不分類巡迴輔導	
	特殊教育障礙 類別	<input type="checkbox"/> 智能障礙 <input type="checkbox"/> 視覺障礙 <input type="checkbox"/> 聽覺障礙 <input type="checkbox"/> 語言障礙 <input type="checkbox"/> 腦性麻痺 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 身體病弱 <input type="checkbox"/> 發展遲緩 <input type="checkbox"/> 其他障礙 <input type="checkbox"/> 情緒行為障礙 <input type="checkbox"/> 多重障礙 <input type="checkbox"/> 肢體障礙			
	有無身心障礙 手冊或證明	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 新制 <input type="checkbox"/> 舊制)		障礙程度 <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度	
	請勾選目前已 提供人力資源 及協助	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (請接續填寫下列資料) <input type="checkbox"/> 依其特殊教育需求，由 <u>巡迴輔導教師</u> 進行特殊教育教學服務。 <input type="checkbox"/> 依其生活自理或情緒行為問題需求，提供教師助理員或特殊教育學生助理人員協助，每周核定___小時。 <input type="checkbox"/> 依其專業團隊服務需求，安排特殊教育相關專業人員提供諮詢、治療或訓練等服務，包括 <input type="checkbox"/> 語言治療、 <input type="checkbox"/> 職能職療、 <input type="checkbox"/> 物理治療。 <input type="checkbox"/> 依其教育輔具需求，提供教育輔助器材。 <input type="checkbox"/> 依其調整考試評量服務需求，進行報讀、製作特殊試卷、手語翻譯等協助。			
學生所在班級狀況	學生所在班級學生數： 班內特教學生數： 學生所在班級教師及教保員人數： 班級性質： <input type="checkbox"/> 同齡班級 <input type="checkbox"/> 混齡班級：包含 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 幼				
請勾選申請減少班 級人數原因	<input type="checkbox"/> 生活適應困難：如廁、移行、用餐需特別協助，但未申請特殊教育學生助理人員者。 <input type="checkbox"/> 情緒或人際適應方面困難：經常出現口語挑釁、肢體衝突、課堂干擾、違反常規、自傷、攻擊或破壞等行為問題，需時常進行問題處理與輔導者。 <input type="checkbox"/> 其他說明(具體描述)：				
佐證資料 (必要文件)	<input type="checkbox"/> 個別化教育計畫(IEP)。(請填完整) <input type="checkbox"/> 特殊教育推行委員會或行政會議會議紀錄。 <input type="checkbox"/> 輔導紀錄或個案會議紀錄或影片。 <input type="checkbox"/> 醫療診斷證明或身心障礙手冊(證明)。				
核章欄 (請學校相關人員於右側 欄位核章)	特殊教育承辦人(核章)	校長/負責人(核章)	特殊教育推行委員會 /行政會議(戳章)		
	聯絡電話(含分機)				
		填表日期：_____年_____月_____日			

以下欄位由嘉義縣身心障礙學生鑑定及就學輔導會填寫

<p>初審</p>	<p><input type="checkbox"/> 不予以酌減班級人數 <input type="checkbox"/> 予以酌減班級人數 1 人</p>	<p>建議/理由:</p>	<p>承辦人核章:</p> <p>日期:</p>
<p>鑑輔會決議</p>	<p><input type="checkbox"/> 不予以酌減班級人數 <input type="checkbox"/> 予以酌減班級人數 1 人</p>	<p>建議/理由:</p>	<p>鑑輔會核章:</p> <p>日期:</p>

嘉義縣○○國民小學/鄉鎮市立幼兒園/私立幼兒園

113 學年度第 2 學期特殊教育推行委員會會議紀錄(參考範例)

日期：○年○月○日上(下)午○時○分

地點：○○○○

出席：○○○

紀錄：○○○

出席人員：如簽到表所示

- 一、 主席致詞：
- 二、 上次會議決議執行情形：
- 三、 業務報告：
- 四、 提案討論：

案由：審議 114 學年度身障幼兒就讀普通班減少班級人數案，請委員討論。

說明：本園目前計有中班 1 位特殊需求學生姓○名，該生領有智能障礙中度之身心障礙證明，有過動情形，教師教導生活常規及課堂秩序困難，影響其他幼生上課，擬提報縣府申請酌減人數 1 人。

決議：照案通過。

- 五、 臨時動議：
- 六、 主席結論：
- 七、 散會：上(下)午○時○分

特教承辦人(簽章)	園長/負責人(簽章)	特教推行委員會