

臺北市高級中等學校身心障礙學生鑑定同意書

親愛的家長：

為協助 貴子弟在校的學習，須確認 貴子弟各項能力及學習需求，建議參加本市特殊教育學生鑑定，接受一系列的專業評估和鑑定，以提供適當的教育服務。

敬請 惠允同意。

此致

貴家長

教務處/輔導室/特教組 敬上

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

.....請蓋騎縫章.....

臺北市高級中等學校身心障礙學生鑑定同意書

本人子弟 _____ 接受鑑定相關之測驗及評估

<input type="checkbox"/> 同意	【請勾選】同意鑑定類組： <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"/> 肢體障礙 <input type="checkbox"/> 腦性麻痺 <input type="checkbox"/> 身體病弱 <input type="checkbox"/> 情緒行為障礙 <input type="checkbox"/> 學習障礙 <input type="checkbox"/> 多重障礙 (_____、_____) <input type="checkbox"/> 自閉症
	【請勾選】不同意原因： <input type="checkbox"/> 不了解鑑定之目的與內容 <input type="checkbox"/> 擔心身心障礙身分有標籤作用 <input type="checkbox"/> 無特殊教育需求 <input type="checkbox"/> 其他： _____

就讀學校： _____

就讀班(科)級： _____ 科 _____ 年級

父及母簽章；父： _____ 母： _____

(父母皆需簽章)

或監護人簽章： _____

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

收件單位： _____

備註：

- 一、 若法定代理人為父及母，則父母雙方皆須簽名。
- 二、 依教育部 102 年 11 月 13 日臺教授國字第 1020114992 號公函，請各縣市政府開立特殊教育學生鑑定及輔導會鑑定證明時，鑑定效期開立至下一教育階段一年級結束，以維護學生權益。
- 三、 倘 貴子弟目前已持有特殊教育鑑定證明，其鑑定證明適用教育階段至高級中等學校者，建議提報本次鑑定，以利特殊教育服務可銜接至大專校院一年級。