

導師/個管教師 核章		特教組長 核章	
---------------	--	------------	--

學生學習狀況說明																			
填表教師	姓名： 職稱：																		
學習及適應狀況	生活自理：																		
	學科學習（如：板書抄寫、書寫能力、課本文字閱讀等）：																		
	行動能力（如：校園行走、體育課參與等）：																		
	人際互動：																		
主要問題及需求																			
學校介入情形 及成效																			
評估時段（請多勾選時段，以利安排評估教師）																			
可前往視資中心 評估時間	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>星期一</th> <th>星期二</th> <th>星期三</th> <th>星期四</th> <th>星期五</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>上午</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>下午</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	上午						下午					
		星期一	星期二	星期三	星期四	星期五													
	上午																		
下午																			
須由視資中心教師 至校評估時間	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>星期一</th> <th>星期二</th> <th>星期三</th> <th>星期四</th> <th>星期五</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>上午</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>下午</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	上午						下午					
		星期一	星期二	星期三	星期四	星期五													
	上午																		
下午																			

功能性視覺評估申請審核結果

不符合申請資格（說明：_____）。

檢附資料不全，請立即補件以免耽誤申請進度。

通過視覺功能評估申請資料審核，施測教師將於近日與貴校聯絡，敬請協助相關評估事宜。
（視覺功能評估施測教師姓名：_____）

審核日期：_____年_____月_____日

視障教育資源中心輔導服務組 (02)2874-0670 分機 1601