

彰化縣高級中等以下學校特殊教育需求學生鑑定及安置申訴表

學年度 _____ 高中/國中/國小/幼兒園 案件編號：_____ 收案日期：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

學生基本資料	學生姓名	身分證字號 (或護照號碼)		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	出生日期	年 月 日	監護人或 法定代理人姓名	班級	年 班
	通訊地址	縣市	鄉鎮市 村里	路 段 巷	弄 號 樓
本申訴案依「特殊教育學生申訴服務辦法」第5條第1項規定：「特殊教育學生或其監護人、法定代理人對鑑定、安置及輔導有爭議時，應自通知送達之次日起二十日內，以書面向主管機關提起申訴。」					
申訴人於中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 透過 <input type="checkbox"/> 學校教師 <input type="checkbox"/> 其他管道 _____ 收受或知悉 <input type="checkbox"/> 鑑定申復結果 <input type="checkbox"/> 安置申復結果 <input type="checkbox"/> 其他 _____					
鑑輔會 原鑑定/安置 結果	鑑定安置決議文號：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日彰府教特字第 _____ 號 鑑定特教類別： <input type="checkbox"/> 非特教生 <input type="checkbox"/> 待觀察 <input type="checkbox"/> 疑似 _____ <input type="checkbox"/> 確認特教生： _____ 類 教育安置： <input type="checkbox"/> 高中/國中/國小/幼兒園 <input type="checkbox"/> 集中式特教班 <input type="checkbox"/> 分散式資源班 <input type="checkbox"/> 巡迴輔導班				
身心障礙證明	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 類別 _____ 程度 _____ 有效期限：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日				
醫學檢查	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (檢附醫學診斷證明) 檢查單位： _____				
申訴 主旨 (申訴人的主要訴求)	<input type="checkbox"/> 不同意鑑定結果 <input type="checkbox"/> 不同意安置結果 (<input type="checkbox"/> 不同意安置班型 <input type="checkbox"/> 不同意安置學校) <input type="checkbox"/> 不同意暫緩入學或延長修業年限審查結果 <input type="checkbox"/> 其他 _____				
學生、監護人 或法定代理人 申訴說明 (檢附相關佐證資料)					
申訴人 簽章	<input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 監護人 <input type="checkbox"/> 法定代理人	與個案 關係	聯絡電話	【家】： 【公司】： 手機：	
身分證字號 (或護照號碼)	申請日期		中華民國 年 月 日		
學校 意見					
學校 承辦人	職稱	聯絡 電話			
鑑輔會 承辦人	職稱	聯絡 電話			
處理措施 及過程					
鑑輔會核章	結案日	中華民國 年 月 日			
備註	1. 申訴之聲明務請簡明扼要，並依序填載本申訴表格項目，俾以提供相關資料對案件進行瞭解。 2. 申訴內容如有不實偽造或誣陷以致損害他人公、私法上權利時，當事人須自負法律責任。 3. 申訴文件請親送或以雙掛號信件寄至彰化縣政府。 4. 請檢附個案相關測驗資料(如：智力測驗)、在校學習資料或完整醫學診斷報告書，以茲佐證。				