**嘉定区特殊儿童教育评估申请表**

**评估编号（中心填写）：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | 出生年月 |  |
| 民 族 |  | 就读学校 |  | | 年 级 |  |
| 身份证号码 |  | | | | 联系电话 |  |
| 居住地址 |  | | | | | |
| 户籍地址 |  | | | | | |
| 诊断结果 |  | | | 诊断机构 |  | |
| 诊断时间 |  | |
| 居家表现  及家长申请 | 监护人签名：  日期： | | | | | |
| 在校表现  及学校意见 | 学校盖章：  日期： | | | | | |
| 区特殊教育入学  鉴定委员会意见 | 根据该儿童的医学检测报告和日常表现情况，提出下列教育安置意见：    区特殊教育入学鉴定委员会  区特教指导中心（代章）  日期： | | | | | |
| 参与鉴定成员签名 |  | | | | | |

注：此表一式两份，经评估确需接受特殊教育学生的申请表一份留区特教指导中心存档，一份留学生所

在学校作为学籍档案。

**附件1：诊断结果**

|  |
| --- |
| （附诊断报告复印件） |

**附件2：体检结果**

|  |
| --- |
| （附体检报告复印件） |