**新北市特殊教育需求學生暫緩入學期間教育計畫**

|  |
| --- |
| 注意事項：  1. 申請暫緩入學學生須事先安排執行暫緩入學教育計畫之場所。  2. 暫緩入學期間若經查證未能確實執行本計畫，教育局將要求家長配合學生入國小就讀。  3. 申請暫緩入學後，如決定安置國小一年級，則由國小提供特殊教育及各項支持服務，如有適應困難，由學校召開會議，討論輔導措施與安置環境，並視需求引進外部資源。 |

一、基本資料：

學生姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_出生日期：\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_\_日 性別：□男 □女

目前接受療育情形（可重複勾選）：

□就醫，（醫院名稱： 市/縣 醫院 科；

治療項目：□定期門診 □物理治療 □職能治療 □語言治療 □其他 ）

□就學，（單位名稱： 市/縣 幼兒園/機構/醫療院所

安置班別：□學前普通班 □學前特教班 □其他 ）

□未曾接受醫療院所評估

□未曾就讀幼兒園/機構

二、暫緩入學期間欲就讀場所：

□新北市公立幼兒園名稱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

※未於110年12月30日前報名者，不保留公立幼兒園名額。

□私立幼兒園/機構/醫療院所

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_市/縣 私立\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_幼兒園  \_\_\_\_\_\_\_\_市/縣 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_發展中心/機構/醫院 | 本單位於 學年度確已保留名額供學生 就讀。  **負責人(核章)：** |

※若需就讀私立幼兒園/機構/醫療院所，請確認該幼兒園/機構可以保留名額，並請該園所及機構核章證明後提出。

三、暫緩期間教育目標：

請與相關人員共同擬訂未來一年內具體可執行之學習目標與計畫

| 項 目 | 預定學習目標 |
| --- | --- |
| （範例說明）  溝通能力 | 1. 在他人詢問下能適當的回應。（如：經詢問”要不要喝水”時，能回答要或不要。） 2. 增強表達能力。（如：喝水🡆我要喝水🡆老師我想喝水；哭鬧表達厭惡或拒絕🡆可以用點頭或搖頭。） |
| 生活自理 |  |
| 溝通 |  |
| 學業學習 |  |
| 動作行動 |  |
| 社會人際 |  |
| 情緒控制 |  |
| 其他 |  |

四、適性教育計畫：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 時間  課程 | 星期一 | 星期二 | 星期三 | 星期四 | 星期五 |
| 上午課程 |  |  |  |  |  |
| 下午課程 |  |  |  |  |  |
| 課程內容說明： | | | | | |

五、療育計畫：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 教育內容 | 地點 | 時間 | 負責訓練者 |
| 範例：  語言訓練 | ○○醫院 | 每週二下午1小時 | 治療師張○○ |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

六、相關參與人員簽名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職稱或稱謂 | 姓名 | 職稱或稱謂 | 姓名 |
| 法定代理人或監護人 |  | 幼兒園教師 |  |
| 特教教師 |  |  |  |
| 治療師 |  |  |  |

\*本表單如不敷使用得自行增加欄位及頁數