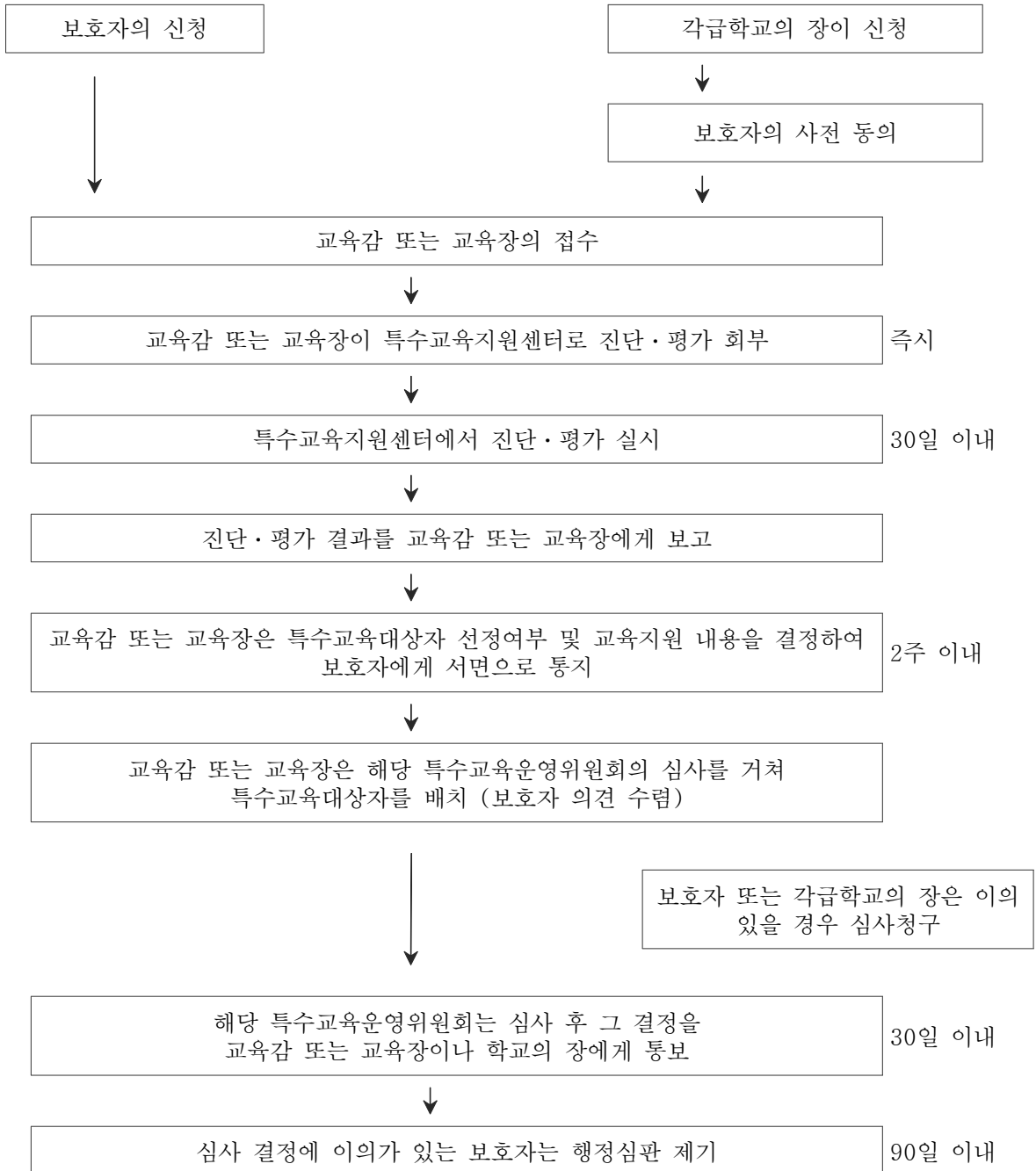


특수교육대상자 진단·평가 의뢰서							
대상자	성 명		성 별		생년월일		
	주 소				확인자 (담당교사)		
	소속학교			학년			
	선정·배치 희망 학교 ※희망교에 배치되지 않을 수 있음	1희망				유형	
		2희망				유형	
3희망					유형		
최근거리교					유형		
보호자	선정·배치 희망 사유						
	성 명		대상자와의 관계				
	주 소						
	연락처	집 :	휴대폰 :				
장애인 등에 대한 특수교육법 제14조제3항 및 같은 법 시행령 제9조제4항에 따라 위와 같이 신청합니다.							
<div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> 년 월 일 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 보호자 (인) </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 학교장 (인) </div>							
경기도부천교육지원청교육장 귀하							

※ 서류에 기재한 내용이 사실과 다른 경우에는 불이익이 있을 수 있으니 정확히 기재

(뒷 면)

1. 특수교육대상자 진단·평가의뢰서 제출 및 처리절차



2. 작성시 유의사항

- (가) 학교가 신청하는 경우 특수교육대상자의 보호자 동의 관련 확인을 반드시 받아야함
- (나) 의뢰서의 기재사항을 수정할 때에는 반드시 해당 학교의 장 또는 보호자의 날인이 있어야 함
- (다) 서류에 기재한 내용이 사실과 다른 경우에는 불이익이 있을 수 있음
- (라) 주민등록확인방법 : 행정정보공동이용 업무포탈 혹은 등본을 확인하여 담당교사가 서명함

[서식 2]

특수교육대상자 기초조사 카드					
성 명		성 별		생년월일	
주 소					
소속학교			학년		
장 애 인 등록사항	특수교육법 상 장애유형 <small>※추정 장애명과 다르게 선정될 수 있음</small>		복지카드 상 장애구분		
			등록장애명	장애등급	
약물 복용여부	- 약의 종류: - 복용 기간: - 복용 사유:				
현 행 수 준 및 의 견	발육 및 건강상태			행동특성 및 요인	
	독립보행 여부			신변처리 가능 여부	
	읽기 및 쓰기			사회생활 적응능력	
	수 개념			담임교사 의견	
이 카드는 특수교육대상자로 선정·배치를 희망하는 학생의 담임교사가 작성. (단, 보호자가 신청하는 경우 직접 작성)					
년 월 일 담임교사(보호자): (인)					
경기도부천교육지원청교육장 귀하					

개인정보 수집 및 이용 동의서

본인은 경기도부천교육지원청에서 추진하는 『특수교육대상자 선정·배치 계획』과 관련하여 개인정보를 제공하여야 함을 이해하고 있으며, 이를 위해 '개인정보보호법 제15조'에 의해 담당기관에 제공하는 데 동의합니다.

1. 수집·이용목적: 특수교육대상자 선정·배치의 효율적인 업무처리
2. 이용 및 보유기간: 특수교육대상자 선정·배치 업무 종료 시 까지

기본정보 수집 동의: 소속, 이름, 학년, 생년월일, 보호자연락처, 성별, 주소

예 아니오

민감정보 처리 동의: 복지카드 장애유형 및 등급, 발육 및 건강상태, 약물복용, 학업성취수준, 행동특성 및 요인, 사회생활적응능력 등 현행수준, 학생 동영상

예 아니오

※ 개인정보 수집 및 이용에 대한 항목에 모두 동의하여야 특수교육대상자 선정·배치가 가능합니다.

보호자 안내 확인서

특수학교(급) 배치 희망교는 최근거리교 특수학급 설치여부를 고려하여 1~3희망교 모두 작성하여야 하며, 이를 보호자의 의견으로 간주합니다. 또한 특수학급 정원, 시설 설비 등을 고려하여 희망교와 다른 학교로 배치될 수 있음을 확인하였습니다.

확인하였음

주민등록등본상 거주지 실제 거주 확인을 위한 현장실사가 진행될 수 있음을 확인하였습니다.

확인하였음

선정·배치과정 중 필요 시 학생의 소속기관을 방문하여 관찰·면담을 실시할 수 있으며, 학교생활 확인을 위한 현장실사·동영상 촬영을 실시할 수 있음을 확인하였습니다.

확인하였음

년 월 일

대상자	성명	(인)		
	학교/학년/반	학교	제	학년 반
보호자	성명	(인)	대상자와의 관계	

경기도부천교육지원청교육장 귀하

심의 보충자료

학생명					현재소속교		
장특법 장애영역					복지카드상 장애명(등급)		
주소							
순	희망교	학급유형	통학방법	통학거리	소요시간	비고	
1희망							
2희망							
3희망							
최근거리교							

▶ 기타 심사 시 참고 의견 ◀

- ① 거주지에서 1희망교까지 경로 : 지도 캡처
- ② 1희망교까지 실제통학방법을 기준으로 캡처
- ③ 1희망교까지 실제통학방법이 '도보'가 아닌 경우, 1희망교와 최근거리교가 다른 경우
: 지도 캡처 옆 공란에 실제 통학방법 통학거리와 사유를 상세히 기재

③ 1희망교까지
실제통학방법이
'도보'가 아닌 경우,
1희망교와
최근거리교가 다른 경우

- 실제 통학방법 통학거리
: _____ km

- 사유:

지도 캡처는 1희망교까지 경로만, 모든 학생이 작성