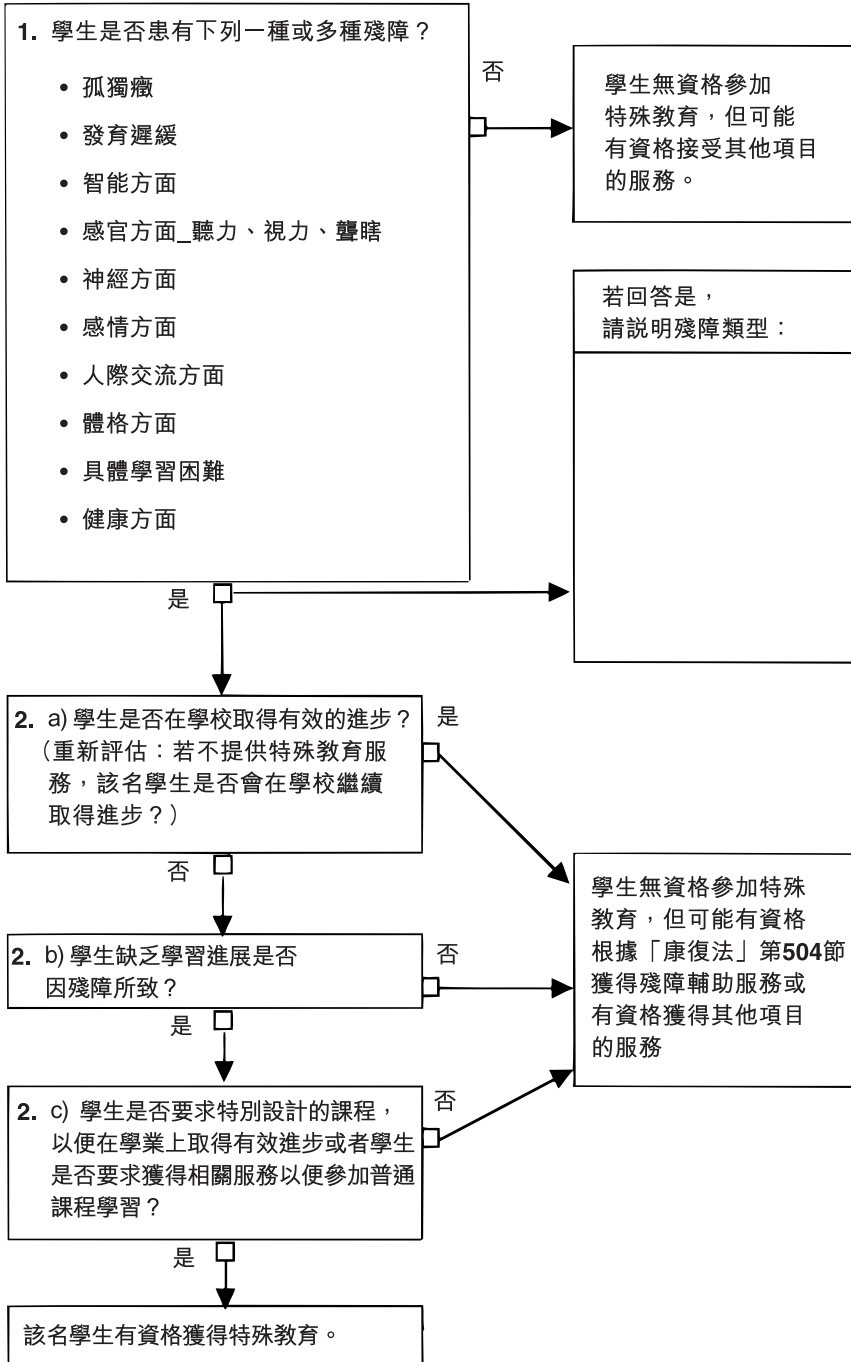


校區名稱：
 校區地址：
 校區聯絡人員/電話號碼：

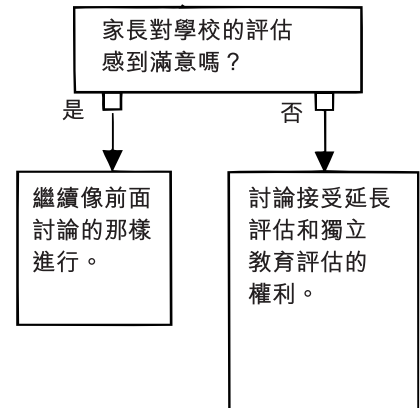
特殊教育資格/首次及重新評估審定表

學生姓名：_____ 出生日期：_____ 身份號碼：_____ 日期：_____

A. 請按下表依次回答問題以確定其特殊教育資格



B. 為所有學生回答下列問題。



評估重要發現及/或後續步驟