附件 2

六合区特殊儿童少年转介安置申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 | 年 月 日 |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 身份证号 |  |
| 现就读学校 （幼儿园） |  | 班级 |  |
| 居住地址 |  |
| 户籍地址 |  |
| 监护人情况 | 姓名 | 与学生关系 | 联系方式 |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 障碍证明 | 残疾证 口 医院诊断报告 口 |
| 残疾证情况 | 残疾证号 |  | 领取时间 |  |
| 残疾类别 |  | 残疾级别 |  |
| 医学诊断结果 |  | 诊断时间 |  |
| 诊断医院 |  |
| 目前治疗（康复）情况 |  |
| 申请转介安置 方式 | 本校（园）调整安置方式口 转学口 |
| 安置意愿说明 | 家长（监护人）签名：年 月 日 |
| 学校意见 | 学校公章年 月 日 |