附件

罗湖区2023年适龄残疾儿童少年入学评估申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 户籍 |  |
| 出生年月 |  | 障碍类型 |  | 障碍等级 |  |
| 家庭住址 |  | | | 联系电话 |  |
| 孩子能力情况 | | | | | |
| 生活自理能力（包括大小便、就餐、穿衣、睡觉等自我照料方面） | | | | | |
| 其他能力水平（包括认知、语言表达、沟通交往等） | | | | | |
| 其他情况说明（包括生理疾病，如癫痫、心脏病等） | | | | | |
| 家长或监护人签字：  日 期： | | | | | |