特支CD2

學年度第 學期 學前教育階段**疑似**身心障礙幼兒

**專業團隊服務記錄**

學校：○○○幼兒園 學生姓名：○○○ 班級：○○班

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 輔導日期  與時間 | 本次服務內容 | | 本次建議事項 |
| **0000-00-00 (一)**  00：00~00：00 |  | |  |
| 專業人員姓名  及專業類別 | 輔導模式 | 老師提問或  學生主要問題 | 課程陪同人員 |
| ○○○  □物理治療  □職能治療  □語言治療 | □入班觀察  □協同教學  □個別輔導  □抽離直接教學  □電訪服務  □教學演示  □教師諮詢  □特教資源整合  □其他 |  | □班級教師  □特教業務承辦人  □行政人員  □其他 |
| 治療師簽名 | | 特教業務承辦簽名 | |
|  | |  | |