|  |
| --- |
| **⯎注意事項⯎*** **共融托兒服務的對象為持有澳門居民身份證3個月至3歲適合接受一般托兒服務的有特殊需要幼兒。**
* **為配合共融服務先導計劃目的，托兒所所有員工均需接受認識特殊需要幼兒及照顧方法等培訓，當中幼兒導師除於活動室內在日常流程中作出支援，亦為幼兒提供個別關顧及填寫有關記錄。共融服務非康復服務，因此，托兒所並不會配置治療師及相關康復服務專職人員。**
* **申請共融托兒服務之幼兒需於預定時間內接受功能性評估。**
 |

1. 幼兒之父/母或監護人資料：

姓名：（中文） （外文）

聯絡電話： 與幼兒關係：

居住地址：

1. 申請共融托兒服務者(幼兒)資料：

姓名：（中文） （外文）

出生日期： 年 月 日 性別：🞎 男 🞎 女

身份證類別及編號：

1. 幼兒特殊需要狀況(請提供由專科醫生(例如兒科、五官科及精神科)評估為有特殊需要的幼兒的證明)：

**申請須知：**

* **未能呈交齊備的申請所需文件、未能於預定時間內完成功能性評估或經評估後確認不符合使用共融托兒服務資格的情況，本所不會提供共融托兒服務。**

申請人簽署：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(須與身份證一致，倘不會/不能簽名，請印右手食指指模)

申請日期： 年 月 日

|  |
| --- |
| **托兒所專用--已接收的文件**🞎已簽署之申請表🞎幼兒身份證之副本🞎由專科醫生(例如兒科、五官科及精神科)評估為有特殊需要的幼兒的證明🞎已簽署之功能性評估聲明書收件人姓名(正楷)： 收件人簽名： 收件日期： **===================================================================****評估意見**🞎經評估，幼兒符合使用共融托兒服務的條件。🞎經評估，幼兒不符合使用共融托兒服務的條件，請註明：    🞎其他，補充：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　托兒所負責人簽名：　　　　　　　　　　　　　　日 期：　　　　　　　　　　　　 |