

《智障學生性教育》課程申請表

學校名稱 (中文)					
學校地址 (中文)					
聯絡地址 (如地址同上則無需填寫)					
學校所屬類別		☐ 輕度 ☐ 輕中度 ☐ 中度 ☐ 肢體傷殘			
聯絡人姓名及職位		電郵地址			
聯絡電話		傳真號碼			
學校上課時間		時 分 至 時 分			
參加活動日期	選擇一	年 月 日 至 年 月 日			
	選擇二	年 月 日 至 年 月 日			
	選擇三	年 月 日 至 年 月 日			

參加學生資料：

參加年級	班級數目	每班平均人數	學生智力(輕/輕中/中) *	總人數
☐ 初小	班	人		人
☐ 高小	班	人		人
☐ 初中	班	人		人

* 輕度及輕中度智障學生: 每節最多 20 人

* 中度智障學生: 每節最多 10 人

教材擺放事宜

若活動需分兩日完成，教材能否擺放在校內「特別室/活動室」過夜？

☐ 能 ☐ 不能

填妥表格後，請傳真至 **2889-9923** 謝謝!