

灵璧县人民政府办公室

灵政办秘〔2020〕26号

灵璧县人民政府办公室

关于成立灵璧县残疾人教育专家委员会的通知

各乡镇人民政府、经济开发区管委会，县政府各部门、各直属单位：

为贯彻落实《中华人民共和国残疾人保障法》《残疾人教育条例》，进一步落实《安徽省适龄残疾儿童少年入学安置工作指南》精神，保障残疾人受教育的权利，做好我县残疾儿童少年的入学安置工作，经县政府研究，决定成立灵璧县残疾人教育专家委员会（以下简称委员会）。现将有关事项通知如下：

一、县残疾人教育专家委员会组成人员

（一）委员会成员

主任：张安文 县委副书记

副主任：尹传华 县教体局局长

李先宏 县卫健委主任

李祥荣 县民政局局长

王维亚 县残联理事长

成 员：马动新 县政府总督查
吕耀奎 县卫健委副主任
鞠新玲 县残联副理事长
崔 浩 县民政局副局长
王 浩 县人民医院院长
王 勇 县中医医院院长

委员会下设办公室，办公地点在县教体局，尹传华兼任办公室主任，具体负责协调组织教育、心理、医学、康复、社会等方面专家开展认定工作，根据残疾人教育专家委员会的评估结果和提出的入学、休学、转学建议，综合考虑学校的办学条件和残疾儿童少年及其父母或其他法定监护人的意愿，对残疾儿童少年的入学、休学、转学做好安排，协调相关职能部门做好残疾人入学安排，负责委员会安排的日常工作。

（二）委员会评估专家组成员

成立委员会评估专家组，马动新兼任组长，县卫健委刘侠、卓宝君、谢仲、代伟伟，县民政局杨波、陈钟雾，县残联王晓凤、刘影，县教体局马东海、王亚、高海、商辉等任专家组成员。

二、县残疾人教育专家委员会工作职责

（一）开展特殊教育政策研究，贯彻落实国家、省、市特殊教育提升计划，为推动我县特殊教育发展提供决策依据。

（二）探索特殊教育发展的有效途径，为特殊教育科研、康

复训练、医学评估与鉴定、师资培训等提供咨询、引导和服务。

(三)对适龄残疾儿童少年的身体状况、接受教育的能力和适应学校学习生活的基本能力等方面进行评估,提出教育安置建议。

(四)为残疾儿童少年的矫治与康复、教育、安置提供咨询和个性化指导。

(五)协调处理本区域内残疾儿童少年在入学、转学工作中出现的问题。

附件:1.灵璧县残疾儿童少年接受教育能力评估办法

2.灵璧县特殊儿童入学健康评估表

3.灵璧县残疾儿童教育安置意见表

灵璧县人民政府办公室

2020年8月18日

附件 1

灵璧县残疾儿童少年接受教育能力评估办法

一、评估对象

户籍为灵璧县的残疾适龄儿童少年（6-14 周岁）。

二、评估流程

（一）建立台账。各中心学校要和乡镇残联做好数据比对工作，认真组织调查所属辖区义务教育及学前教育阶段适龄残疾儿童少年数量、残疾类型、残疾程度、就读学校等情况，逐一核实，一人一案，建立台账。

（二）鉴定申请。由残疾儿童父母或其法定监护人持有效证件（残疾证、身份证、户口本）向所在地中心学校提出入学鉴定申请。

（三）汇总上报。以中心学校为单位分类汇总申请名单，上报县教体局。

（四）诊断评估。适龄残疾儿童少年有教育诊断、评估需要的，向委员会办公室登记申请。专家组对申请人进行现场诊断评估，经专家诊断评估后出具《灵璧县残疾儿童入学健康评估报告》，报告将作为残疾儿童少年教育安置重要依据。

（五）论证仲裁。适龄残疾儿童少年监护人对专家委员会诊断评估报告有异议的，可携带有关资料提出申请，重新诊断评估；对入学时未发现异常，但经学校观察其认知、心理、情绪、行为

以及生活适应能力与同龄学生有显著差异的学生，在学校、县教体局初步筛查后，经征求家长同意后，由教育专家委员会对学生进行检查评估并重新给出入学安置建议。

三、评估时间和地点

评估时间为每年 8 月份，地点根据实际情况确定后另行通知。

县残疾人教育专家委员会根据评估结果，按照“一人一案，分类安置”的原则，提出入学安置建议。

（一）在特殊教育学校、普通学校就读(含随班就读和特教班)、送教上门或学前教育机构的，由所在学校（机构）建立学籍，学籍与年级一致。

（二）康复医院（中心）或其他机构，待残疾儿童病情好转后确定，采取对应的入学方式，由所在学区学校建立学籍，学籍与年级一致。

（三）未安置的，由所在中心学校安排建立人员花名册，完善相关档案资料。

附件 2

灵璧县特殊儿童入学健康评估表

(编号: 20 年第 号)

姓名		性别		民族		籍贯	
出生日期				年龄	岁 月		
户籍地址							
父亲姓名		年龄		职业		文化程度	
母亲姓名		年龄		职业		文化程度	
家族史	☐ 无			☐ 有			
家族史	☐ 无			☐ 有			
既往病史	☐ 无			☐ 有			
疾病治疗	☐ 无			☐ 有			
手术史	☐ 无			☐ 有			
既往就读情况	☐ 无			☐ 有			
				学校名称:	就读年龄:	就读时间	
				学校名称:	就读年龄:	就读时间	
				学校名称:	就读年龄:	就读时间	
曾经接受康复训练情况	☐ 无			☐ 有			
				机构名称:			
				训练项目:			
				受训年龄:			
				训练时间:			
				机构名称:			
				训练项目:			
				受训年龄:			
				训练时间:			

评估者:

评估时间: 年 月 日

一、特殊疾患情况

1.1 视力残疾: ☐是 ☐否

儿童年龄		诊断时间		备注
残疾程度	☐ 疑似 ☐ 一级 ☐ 二级 ☐ 三级 ☐ 四级 ☐ 未分级			
诊断机构				

1.2 听力残疾: ☐是 ☐否

儿童年龄		诊断时间		备注
残疾程度	☐ 疑似 ☐ 一级 ☐ 二级 ☐ 三级 ☐ 四级 ☐ 未分级			
诊断机构				

1.3 智力残疾: ☐是 ☐否

儿童年龄		诊断时间		备注
残疾程度	☐ 疑似 ☐ 一级 ☐ 二级 ☐ 三级 ☐ 四级 ☐ 未分级			
诊断机构				

1.4 肢体残疾: ☐是 ☐否

儿童年龄		诊断时间		备注
残疾程度	☐ 疑似 ☐ 一级 ☐ 二级 ☐ 三级 ☐ 四级 ☐ 未分级			
诊断机构				

1.5 言语残疾: ☐是 ☐否

儿童年龄		诊断时间		备注
残疾程度	☐ 疑似 ☐ 一级 ☐ 二级 ☐ 三级 ☐ 四级 ☐ 未分级			
诊断机构				

1.6 精神残疾: ☐自闭症 (①疑似②确诊) ☐非自闭症 ☐否

儿童年龄		诊断时间		备注
残疾程度	☐ 疑似 ☐ 一级 ☐ 二级 ☐ 三级 ☐ 四级 ☐ 未分级			
诊断机构				

1.7 其他残疾: ☐是 ☐否

儿童年龄		诊断时间		备注
残疾程度	☐ 疑似 ☐ 一级 ☐ 二级 ☐ 三级 ☐ 四级 ☐ 未分级			
诊断机构				

评估者: 评估时间: 年 月 日

二、出生缺陷/先天畸形情况

系统分部	检出情况	缺陷或残疾类别	诊断机构和时间
2.1 五官系统	☐ 无 ☐ 有	☐ 腭裂 ☐ 唇裂 ☐ 唇裂合并腭裂 ☐ 小耳(包括无耳) ☐ 外耳其他畸形 ☐ 其他	
2.2 神经系统	☐ 无 ☐ 有	☐ 脊柱裂 ☐ 先天性脑积水 ☐ 唐氏综合症 ☐ 其他	
2.3 循环系统	☐ 无 ☐ 有	☐ 先天性心脏病 ☐ 其他	
2.4 消化系统	☐ 无 ☐ 有	☐ 食道闭锁或狭窄 ☐ 直肠肛门闭锁或狭窄(包括无肛) ☐ 先天性膈疝 ☐ 其他	
2.5 泌尿生殖系统	☐ 无 ☐ 有	☐ 尿道下裂 ☐ 膀胱外翻 ☐ 其他	
2.6 骨骼肌肉系统	☐ 无 ☐ 有	☐ 多指(趾) ☐ 并指(趾) ☐ 肢体缺短[包括缺指、裂手(足)] ☐ 其他	

2.7 遗传代谢障碍	☐ 无 ☐ 有	先天性甲状腺功能低下 (CH) ☐ 苯丙酮尿症 (PKU) ☐ 先天性肾上腺皮质增生症 (CAH) ☐ 葡萄糖 6-磷酸脱氢酶缺陷症 (G-6-PD)	
2.8 其他缺陷畸形	☐ 无 ☐ 有		

备注：本栏目内容为询问家长后填写儿童已知缺陷或畸形名称。

评估者：

评估时间： 年 月 日

三、伴发疾病

☐ 无			
☐ 癫痫	☐ 心脏病	☐ 哮喘	☐ 高血压
☐ 糖尿病	☐ 肾脏病	☐ 肝病	
☐ 食物过敏	☐ 药物过敏	☐ 其他	

评估者：

评估时间： 年 月 日

四、营养状况

☐ 无			
☐ 贫血	☐ 营养不良	☐ 超重/肥胖	☐ 偏食或挑食
☐ 厌食或拒食	☐ 异食	☐ 其他	

评估者：

评估时间： 年 月 日

五、专家组建议

(一) 医疗、康复建议

(二) 教育安置建议

委员会成员签名:

评估日期:

年

月

日

附件 3

灵璧县残疾儿童教育安置意见表

姓 名		性别		出生年月	
民 族		原就读学校		联系电话	
是否随班就读		残疾类型		残疾程度	
居住地址					
户籍地址					
诊断结果					
诊断单位			诊断时间		
在校主要表现					
居家主要表现					
县残疾人教育专家委员会意见					
参与鉴定成员签名					
家长意见					

抄送：县委办公室，人大常委会办公室，县政协办公室。