

แผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล
(Individualized Education Program: IEP)

ชื่อสถานศึกษา.....ระดับชั้น.....สังกัด.....
เริ่มใช้แผนวันที่.....สิ้นสุดแผนวันที่.....

๑. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-ชื่อสกุล..... เพศ ชาย หญิง

เลขประจำตัวประชาชน ----

การจดทะเบียนคนพิการ ไม่จด ยังไม่จด จดแล้ว

วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ..... ปี..... เดือน ศาสนา.....

ประเภทความพิการ.....ลักษณะความพิการ.....

ชื่อ-ชื่อสกุลบิดา.....

ชื่อ-ชื่อสกุลมารดา.....

ชื่อ-ชื่อสกุลผู้ปกครอง.....เกี่ยวข้องกับ.....

ที่อยู่ผู้ปกครองที่ติดต่อได้บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย..... หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรศัพท์เคลื่อนที่.....

โทรสาร.....e-mail address.....

๒. ข้อมูลด้านการแพทย์ หรือ ด้านสุขภาพ

โรคประจำตัว (ระบุ)

ประวัติการแพ้ยา (ระบุ)

โรคภูมิแพ้ (ระบุ)

ข้อจำกัดอื่นๆ (ระบุ)

ผลการตรวจทางการแพทย์ (ระบุ)

๓. ข้อมูลด้านการศึกษา

ไม่เคยได้รับการศึกษา/บริการทางการศึกษา

เคยได้รับการศึกษา/บริการทางการศึกษา

ศูนย์การศึกษาพิเศษระดับ..... พ.ศ.

โรงเรียนเฉพาะความพิการระดับ..... พ.ศ.

โรงเรียนเรียนร่วมระดับ..... พ.ศ.

การศึกษาด้านอาชีพ.....ระดับ..... พ.ศ.

การศึกษานอกระบบ.....ระดับ..... พ.ศ.

การศึกษาตามอัธยาศัย.....ระดับ..... พ.ศ.

อื่นๆ.....ระดับ..... พ.ศ.

๔. ข้อมูลอื่นๆ ที่จำเป็น

.....

.....

.....

.....

๗. คณะกรรมการจัดทำแผน

| ชื่อ | ตำแหน่ง | ลายมือชื่อ |
|-----------|---|------------|
| ๗.๑ | ผู้บริหารสถานศึกษา/ผู้แทน | |
| ๗.๒ | บิดา หรือมารดา หรือผู้ปกครอง หรือผู้ดูแลคนพิการ | |
| ๗.๓ | ครูประจำชั้น หรือครูแนะแนว หรือครูการศึกษาพิเศษ หรือครูที่ รับผิดชอบงานด้านการศึกษาพิเศษที่ผู้บริหารสถานศึกษามอบหมาย | |
| ๗.๔ | | |
| ๗.๕ | | |

ประชุมวันที่ เดือน พ.ศ.

๘. ความเห็นของบิดา มารดา ผู้ปกครอง หรือผู้เรียน

การจัดทำแผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล ฉบับนี้

ข้าพเจ้า เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย

ลงชื่อ.....

(.....)

บิดา / มารดา / ผู้ปกครอง หรือผู้เรียน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.