



報名編號：

(由 CSI-TAIWAN 填寫)

慢飛天使音樂治療報名表 (2.5 歲至 7 歲兒童)

姓 名		出生日期	民國 年 月 日
身分證字號		連絡電話	(公) (宅) (手機)
家庭狀況	<input type="checkbox"/> 單親 <input type="checkbox"/> 雙親	障礙類別	<input type="checkbox"/> 視覺障礙生 <input type="checkbox"/> 聽覺障礙生 <input type="checkbox"/> 腦性麻痺生 <input type="checkbox"/> 自閉症生 <input type="checkbox"/> 學習障礙生 <input type="checkbox"/> 肢體障礙 <input type="checkbox"/> 其他障礙生
障礙等級	<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度		
通訊地址	(請填寫完整地址，範例如：402-017 台中市復興路二段 30-7 號) □□□-□□□		

法定監護人：(只需填 1 人)

姓名		身分證字號	
關係		連絡電話	(公) (手機)
E-mail			

檢送資料

<p>檢送資料 自我檢核</p>	<p><input type="checkbox"/>報名表 1 份 <input type="checkbox"/>法定監護人身分證明文件影本 <input type="checkbox"/>身心障礙證明正、反面影本 <input type="checkbox"/>低收入戶或中低收入戶證明影本 <input type="checkbox"/>掛號郵寄</p>	
<p>法定監護人身分證正面 (無身分證者須提供戶口名簿影本)</p>	<p>法定監護人身分證反面</p>	
<p>身心障礙證明正面</p>	<p>身心障礙證明反面</p>	

收件地址：402-017 台中市復興路二段 30-7 號 (臺灣兒童健康暨身心發展協會)

聯絡電話：(04) 2265-4684

電子信箱：office@csitaiwan.org

慢飛天使音樂治療計劃規範：

慢飛天使音樂治療計劃每半年補助 3 位兒童音樂治療課程經費 (由音樂治療師評估適合團體或個別音樂治療)，委託財團法人瑪利亞社會福利基金會執行。上課地點為愛心園音樂治療中心 (台中市南屯區東興路一段 450 號 2 樓)。接受補助兒童需自付交通費，且不得缺課六堂以上 (缺課達六堂即中止補助)。

您是否同意且願意遵守計劃規範：同意 不同意

法定監護人簽名： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日