



ที่ ศธ 04057/1694

สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครนายก
ถนนสุวรรณศรี อำเภอเมืองนครนายก
จังหวัดนครนายก 26000

18 พฤษภาคม 2559

เรื่อง สํารวจข้อมูลนักเรียนพิการเรียนร่วม ปีการศึกษา 2559

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนทุกโรงเรียนในสังกัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1.แบบกรอกข้อมูลนักเรียนพิการเรียนร่วมรายบุคคล
2.แบบสรุปข้อมูลฯ

ด้วยสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครนายก จะดำเนินการจัดทำข้อมูลนักเรียนพิการเรียนร่วม ปีการศึกษา 2559 เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการบริหารจัดการศึกษาและให้ความช่วยเหลือสนับสนุนนักเรียนพิการเรียนร่วมต่อไป

ในการนี้ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครนายกขอความอนุเคราะห์โรงเรียนที่มีนักเรียนพิการเรียนร่วมดำเนินการดังต่อไปนี้

1.คัดกรองนักเรียน ปีการศึกษา 2559 ที่มีแนวโน้มว่าพิการทุกคนตามแบบคัดกรองคนพิการทางการศึกษา 9 ประเภท แล้วกรอกข้อมูลนักเรียนพิการเรียนร่วมในสังกัดทุกคนตามสิ่งที่ส่งมาด้วย (1)และ(2) แล้วจัดส่งข้อมูลมายัง กลุ่มส่งเสริมการจัดการศึกษา ภายในวันที่ 10 มิถุนายน 2559

2.ให้จัดกรอกข้อมูล แก้ไข/ปรับปรุงข้อมูลนักเรียนพิการเรียนร่วมให้เป็นปัจจุบัน ทางเว็บไซต์ 202.29.172.121/specialbasic/index.pha ภายในวันที่ 10 มิถุนายน 2559 และหากตรวจพบรายชื่อนักเรียนที่ไม่ได้เรียนในโรงเรียนท่านแล้ว และ/หรือไม่เป็นนักเรียนพิการเรียนร่วมแล้ว กรุณาสอบรายชื่อนักเรียนดังกล่าวออกจากระบบด้วย

อนึ่ง สำหรับโรงเรียนใดที่ยังไม่เคยลงทะเบียนเข้าระบบให้ดาวน์โหลดคู่มือการใช้โปรแกรมของโรงเรียนได้จากเว็บไซต์ดังกล่าวข้างต้น โดยโรงเรียนสามารถกำหนด Username และ Password ได้เองตามแนวทางที่กำหนดไว้ในคู่มือการใช้โปรแกรมฯ และสำหรับโรงเรียนที่เคยเข้าไปในระบบแล้ว กรุณาใช้ Username และ Password ที่โรงเรียนเคยใช้เข้าระบบดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นางกลอยสุข เมืองคำ)

กลุ่มส่งเสริมการจัดการศึกษา

โทร 0 3731 3628

รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา นครนายก ปฏิบัติราชการแทน

ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา นครนายก

แบบกรอกข้อมูลนักเรียนพิการเรียนร่วมรายบุคคล ปีการศึกษา 2559
สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครนายก

โรงเรียน.....อำเภอ.....จังหวัดนครนายก

คำชี้แจง กรุณากรอกข้อมูลและขีดเครื่องหมาย ✓ ในช่อง , ตามความเป็นจริงให้ครบถ้วน
1. ข้อมูลทั่วไป

- ชื่อ-นามสกุล นักเรียน (ด.ช./ด.ญ./นาย/น.ส.).....
- เลขประจำตัวประชาชน
- วันเดือนปีเกิด..... อายุ.....ปี ศาสนา.....
- ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....โทรศัพท์.....
- การจดทะเบียนคนพิการ ยังไม่จด จดแล้ว อื่นๆ (เช่น ไม่ต้องการจด).....
- ประเภทความพิการของนักเรียน
 - 1. บกพร่องทางการเห็น () 1.1 ตาบอด () 1.2 เห็นเลือนราง
 - 2. บกพร่องทางการได้ยิน () 2.1 หูหนวก () 2.2 หูตึง
 - 3. บกพร่องทางสติปัญญา ระบุระดับ IQ.....
 - 4. บกพร่องทางร่างกาย หรือการเคลื่อนไหว หรือสุขภาพ
() 4.1 บกพร่องทางร่างกาย หรือการเคลื่อนไหว () 4.2 บกพร่องทางสุขภาพ
 - 5. บกพร่องทางการเรียนรู้ () การอ่าน () การเขียน () การคิดคำนวณ
 - 6. บกพร่องทางการพูดและภาษา
 - 7. ปัญหาทางพฤติกรรมหรืออารมณ์
 - 8. ออทิสติก
 - 9. พิการซ้อน (ระบุหมายเลขตามประเภทความพิการ).....
 - 10. ไม่ระบุประเภทความพิการ

2. ข้อมูลด้านการศึกษา

- นักเรียนกำลังศึกษาอยู่ชั้น.....
- ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม.....

3. นักเรียนต้องการสื่อ สิ่งอำนวยความสะดวก บริการ และความช่วยเหลือใดบ้าง (โปรดระบุ)

.....
.....

ลงชื่อ.....ครูผู้คัดกรอง
(.....)

โทรศัพท์.....

ลงชื่อ.....ผู้รับรองข้อมูล
(.....)

