

**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

ศูนย์การศึกษาพิเศษ .....ระดับ..... พ.ศ. ....

โรงเรียนเฉพาะความพิการ .....ระดับ..... พ.ศ. ....

โรงเรียนเรียนร่วม .....ระดับ..... 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. ....