附件1

“辅助器具进校园”工程实施信息汇总表

填报单位： 实施年份： 填表日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 籍贯 | 残疾  证号 | 残疾类型 | 学校、年级 | 家长联系方式 | 适配辅具名称 | 适配辅具数量 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1.残疾类型：视力残疾、听力残疾、言语残疾、肢体残疾、多重残疾、其他残疾。

2.区县级残联组织填写此汇总表，以Excel形式上报。