

## 2025년 제1차 특수교육대상학생 선정·배치 안내

학부모님께

안녕하세요. 완주특수교육지원센터에서는 특수교육대상학생의 학습권을 보장하기 위한 2025학년도 제3차 특수교육대상학생 선정·배치 심사를 아래와 같이 실시하오니 대상학생에 해당하는 학부모님께서는 **7월 18일(금)**까지 담임교사 또는 특수교사에게 **붙임파일**을 작성하시어 제출해주시기 바랍니다.

특수교육대상자 선정·배치와 관련하여 문의사항이 있거나 상담이 필요한 학부모님께서는 동양초 교무실로 전화주시면 감사하겠습니다. ☎ 교무실: 063-243-1051)

### I 목적

- 진단·평가를 통한 특수교육대상 선정 희망학생의 선정 여부 및 **적합한 교육환경**에 배치 결정
- 특수교육대상학생의 **잠재능력 발견** 및 교사의 교육계획 수립에 필요한 **학습능력, 행동특성** 등 객관화된 자료 제공
- 특수교육대상학생의 장애 정도, 교육적 요구 등을 파악하여 적합한 특수교육 지원 및 특수교육 관련 서비스 지원을 통한 **학습권 보장**

### II 대상학생

- 장애인복지카드 소지 (유·초·중)학생 또는 장애가 의심되는 학생 중 특수교육대상 학생으로 **보호자와 해당 학생의 의견에 따라 신규 선정 및 배치**받기를 희망하는 자
- 이미 특수교육대상으로 선정된 학생 중 **발달지체로 선정된 학생으로 9세 (2016.1.1.~2016.12.31. 사이 출생)**인 학생
- 이미 특수교육대상으로 선정된 학생 중 재배치, 유예, 면제, 취소, 재취학을 희망하는 학생

### III 선정·배치 심사 절차

보호자 또는 각급학교의 장 (보호자동의)	☐ 장애가 있거나 장애가 있다고 의심되는 영·유아 및 학생 발견 시 진단·평가 의뢰
↓	
완주교육지원청 교육장	☐ 완주특수교육지원센터에 진단·평가 의뢰
↓	
완주특수교육 지원센터	☐ 진단·평가 회부 된 후 30일 이내에 진단·평가 시행 ☐ 선정 여부 및 배치, 필요한 교육지원 내용에 대한 최종 의견을 작성하여 완주교육지원청 교육장에게 보고 ☐ 과정에서 보호자의 의견 진술 기회 충분히 보장
↓	
완주교육지원청 교육장	☐ 완주특수교육지원센터로부터 최종 의견을 통지받은 때부터 2주일 이내에 특수교육대상자로의 선정 여부 및 배치, 교육지원 내용을 결정하여 보호자에게 통보 - 완주특수교육운영위원회에서 대상 선정 및 학교 지정·배치에 대해 심사 ☐ 특수교육대상자의 선정 결과 및 학교 지정·배치를 신청인에게 서면으로 통지
↓	
학생 또는 보호자	☐ 배치된 학교에 배치

## IV

## 특수교육대상자 선정 기준

## ○ 특수교육대상자(장애인 등에 대한 특수교육법)

장애 유형	선정 기준
시각장애	시각계의 손상이 심하여 시각 기능을 전혀 이용하지 못하거나 보조공학기기의 지원을 받아야 시각적 과제를 수행할 수 있는 사람으로서 시각에 의한 학습이 곤란하여 특정의 광학기구, 학습매체 등을 통하여 학습하거나 촉각 또는 청각을 학습의 주요 수단으로 사용하는 사람
청각장애	청력 손실이 심하여 보청기를 착용해도 청각을 통한 의사소통이 불가능 또는 곤란한 상태이거나, 청력이 남아 있어도 보청기를 착용해야 청각을 통한 의사소통이 가능하여 청각에 의한 교육적 성취가 어려운 사람
지적장애	지적기능과 적응 행동상의 어려움이 함께 존재하여 교육적 성취에 어려움이 있는 사람
지체장애	기능·형태상 장애를 가지고 있거나 몸통을 지탱하거나 팔다리의 움직임 등에 어려움을 겪는 신체적 조건이나 상태로 인해 교육적 성취에 어려움이 있는 사람
정서·행동장애	장기간에 걸쳐 다음 각 목의 어느 하나에 해당하여, 특별한 교육적 조치가 필요한 사람 가. 지적·감각적·건강상의 이유로 설명할 수 없는 학습상의 어려움을 지닌 사람 나. 또래나 교사와의 대인관계에 어려움이 있어 학습에 어려움을 겪는 사람 다. 일반적인 상황에서 부적절한 행동이나 감정을 나타내어 학습에 어려움이 있는 사람 라. 전반적인 불행감이나 우울증을 나타내어 학습에 어려움이 있는 사람 마. 학교나 개인 문제에 관련된 신체적인 통증이나 공포를 나타내어 학습에 어려움이 있는 사람
자폐성장애	사회적 상호작용과 의사소통에 결함이 있고, 제한적이고 반복적인 관심과 활동을 보임으로써 교육적 성취 및 일상생활 적응에 도움이 필요한 사람
의사소통장애	다음 각 목의 어느 하나에 해당하여 특별한 교육적 조치가 필요한 사람 가. 언어의 수용 및 표현 능력이 인지능력에 비하여 현저하게 부족한 사람 나. 조음능력이 현저히 부족하여 의사소통이 어려운 사람 다. 말 유창성이 현저히 부족하여 의사소통이 어려운 사람 라. 기능적 음성장애가 있어 의사소통이 어려운 사람
학습장애	개인의 내적 요인으로 인하여 듣기, 말하기, 주의집중, 지각(知覺), 기억, 문제 해결 등의 학습기능이나 읽기, 쓰기, 수학 등 학업 성취 영역에서 현저하게 어려움이 있는 사람
건강장애	만성질환으로 인하여 3개월 이상의 장기입원 또는 통원치료 등 지속적인 의료적 지원이 필요하여 학교생활 및 학업 수행에 어려움이 있는 사람
발달지체	신체, 인지, 의사소통, 사회·정서, 적응행동 중 하나 이상의 발달이 또래에 비하여 현저하게 지체되어 특별한 교육적 조치가 필요한 영아 및 9세 미만의 아동
두 가지 이상 중복된 장애	다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람 가. 중도중복(重度重複)장애: 다음의 구분에 따른 장애를 각각 하나 이상씩 지니면서 각각의 장애의 정도가 심한 경우. 이 경우 장애의 정도는 법 제14조 제1항에 따른 선별검사의 결과, 제9조 제4항에 따라 제출한 건강검진 결과통보서 또는 진단서 및 「장애인복지법 시행령」 제2조 제2항에 따른 장애의 정도 등을 고려하여 정한다. 1) 지적장애 또는 자폐성장애 2) 시각장애, 청각장애, 지체장애 또는 정서·행동장애 나. 시청각장애: 시각장애 및 청각장애를 모두 지니면서 시각과 청각에 의한 학습이 곤란하고 의사소통 및 정보 접근에 심각한 제한이 있는 경우

2025. 7. 9.

동양초등학교장

<서식 1-1> 특수교육대상자 진단·평가 의뢰서(학교→교육지원청)

[별지 제1호서식]

특수교육대상자 진단·평가 의뢰서				
접수번호				
대상학생	성명		성별	남, 여
	주소			
	소속학교			
보호자	성명	※학생 주소와 다를 경우 '상동'으로 기재	대상학생과의 관계	대상학생의 ( )
	주소		전화번호 (핸드폰)	
<p>「장애인 등에 대한 특수교육법」제14조제3항 및 동법 시행령 제9조제4항에 따라 위와 같이 신청합니다.</p> <p style="text-align: center;">20      년      월      일</p> <p style="text-align: right;">보호자                      (인) 학교장                      (인)</p> <p>전북특별자치도완주교육지원청 교육장 귀하</p>				

(절취선)

특수교육대상자 진단·평가 의뢰서(고등학교과정이하)접수증  
접수번호

소 속	학 생 명	성 별	비 고
위와 같이 접수하였음을 증명함			
접수자	20    년    월    일 성명                      서명	20    년    월    일	접수자                      (인)

<서식 1-2> 특수교육대상자 기초조사서(보호자용) (학교→지역교육지원청)

특수교육대상자 기초조사서(보호자용)					
※ 본 조사는 「장애인 등에 대한 특수교육법」에 의거 진단·평가 기초자료 외에는 사용하지 않습니다.					
학생명		생년월일		성별	
작성일자		작성인		작성처	
특수교육대상자 진단·평가 의뢰 경험 여부 <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 모르겠음					
학교에서 받는 교육 지원 여부 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 기초학력책임제 <input type="checkbox"/> Wee클래스 <input type="checkbox"/> 기타: ( )					
장애범주: 보호자가 보시기에 아동은 어떠한 장애가 의심되니까? (해당하는 범주에 모두 체크)					
①시각장애 ②청각장애 ③지체장애 ④지적장애 ⑤자폐스펙트럼 ⑥정서·행동장애 ⑦학습장애 ⑧의사소통장애 ⑨건강장애 ⑩발달지체(9세미만) ⑪모르겠음					
가정환경	주양육자	<input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 부 <input type="checkbox"/> 모 <input type="checkbox"/> 조부모 <input type="checkbox"/> 기타 ( )			
	양육자와의 관계	<input type="checkbox"/> 매우 친밀 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 갈등 있음 <input type="checkbox"/> 기타 ( )			
	다문화	<input type="checkbox"/> 해당없음 <input type="checkbox"/> 부 <input type="checkbox"/> 모 <input type="checkbox"/> 부모 (국가 : )			
	장애가족	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 (누구인가요?: <input type="checkbox"/> 부 <input type="checkbox"/> 모 <input type="checkbox"/> 형제 <input type="checkbox"/> 자매 (장애명: )			
	거주 형태	<input type="checkbox"/> 가족과 함께 지냄 <input type="checkbox"/> 공동생활가정 (인원수: )			
	가족 관계	▶ 형제자매는 몇 명인가요? <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 1명 <input type="checkbox"/> 2명 <input type="checkbox"/> 3명 이상 ▶ 형제자매와의 관계는 좋은가요? <input type="checkbox"/> 협력적 <input type="checkbox"/> 갈등 있음 <input type="checkbox"/> 기타: ( ) ▶ 가족 구성원과의 의사소통 수준은 어떠한가요?: <input type="checkbox"/> 원활 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 어려움			
건강	현재 건강 상태	<input type="checkbox"/> 건강함 <input type="checkbox"/> 기타 의료관리 사항(모두 기재):			
	의료적 진단여부	<input type="checkbox"/> 병원명 : <input type="checkbox"/> 진단 결과 :		과거 병원 진료 내역	(※ 수술 및 입원 내역 기술)
	약물복용 여부 (예: ADHD 치료제 등)	<input type="checkbox"/> 약물 복용은 하지 않음 <input type="checkbox"/> 약물 복용함 ▶ 복용 사유: ( ) ▶ 복용 기간: ( )			
의사소통	사용수단	<input type="checkbox"/> 음성언어 <input type="checkbox"/> 보완·대체의사소통 (무발화 등 기타)			
가정에서의 교육적 지원		<input type="checkbox"/> (개인 비용부담) 사설 치료실 이용 (기관명 : ) 영역: ( ) <input type="checkbox"/> 장애재활바우처 지원(영역: ) <input type="checkbox"/> 사설 학습지(학원) <input type="checkbox"/> 기타: ( )			
특이 행동 및 정서적 반응 (중복선택 가능)		▶ 새로운 환경에서 학생이 보이는 행동은? <input type="checkbox"/> 불안 <input type="checkbox"/> 회피 <input type="checkbox"/> 과잉행동 <input type="checkbox"/> 탐색 <input type="checkbox"/> 저항 <input type="checkbox"/> 감각추구 <input type="checkbox"/> 감각회피 <input type="checkbox"/> 반복적행동 ▶ 스트레스를 받는 상황에서 반응은? <input type="checkbox"/> 울음 <input type="checkbox"/> 공격성 <input type="checkbox"/> 위축 <input type="checkbox"/> 과도한 말하기 <input type="checkbox"/> 회피 <input type="checkbox"/> 기타: ( ) ▶ 돌발적으로 보이는 행동은? <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 소리내기 <input type="checkbox"/> 자기 자국 <input type="checkbox"/> 물건 던지기 <input type="checkbox"/> 과잉행동 <input type="checkbox"/> 반복행동 <input type="checkbox"/> 기타:( )			
교육적 목표와 기대		▶ 현재 가장 우려되는 점 <input type="checkbox"/> 학습 <input type="checkbox"/> 대인관계 <input type="checkbox"/> 정서 문제 <input type="checkbox"/> 기타:( ) ▶ 특수교육을 통해 기대하는 점 <input type="checkbox"/> 학습능력 <input type="checkbox"/> 사회성 발달 <input type="checkbox"/> 정서 안정 <input type="checkbox"/> 기타: ( )			
선정 의뢰 사유					
보호자의견	특수교육의 필요성과 배치에 대한 보호자 의견 기재				



## 특수교육대상자 선정·배치 신청 안내사항

- 주소는 주민등록등본상의 도로명 주소로 작성합니다.
- 특수학교 배치를 희망하지 않는 경우 '희망하지 않음'을, 희망하는 경우 '희망함'을 선택하여 주시기 바랍니다.
- 특수학교 배치를 희망하는 경우에도 일반학교(유치원)도 반드시 3희망까지 작성합니다.
- 일반학교(유치원) 배치를 희망하는 경우, 배치 희망 학교명을 정확히 기재하고, 특수학급과 일반학급 중 1가지만 선택하여 주시기 바랍니다.
- 배치 희망 학교 작성 시 희망지가 중복되지 않도록 유의해 주시기 바랍니다.
- 발달지체(9세 미만)로 선정된 경우, 9세 도달 후 특수교육대상자 신규 선정·배치 절차를 반드시 거쳐야 하며, 이를 진행하지 않으면 선정이 취소될 수 있습니다.
- 장애인 등록이 되어 있는 학생이라고 해서 모두 특수교육대상자가 되는 것은 아닙니다. 보건복지부의 장애인 등록을 위한 심사 시에는 의료적 관점에서 장애 여부 및 정도를 판정하게 되고, 특수교육대상자 적격성 여부를 심사할 때는 개별적 특수교육지원 필요 여부를 판정하게 됩니다. 따라서 특수교육지원을 받고자 하는 경우 특수교육대상자 선정·배치 신청을 하고 특수교육운영위원회 심의를 받아야 합니다.
- 특수교육대상자는 「장애인 등에 대한 특수교육법」제17조에 따라 학생의 장애 정도, 능력, 보호자의 의견 등을 고려하여, 특수교육운영위원회 심의를 거쳐 거주지 근거리 학교에 배치됩니다.
- 특수교육운영위원회에서 결정하는 선정·배치 기준은 지역별 운영 방침에 따라 다를 수 있습니다.
- 위장전입 방지 방침에 따라 제출 서류가 허위로 밝혀질 경우 배치가 취소될 수 있습니다.

## 【 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서 】

특수교육대상자 선정·배치를 위해 「개인정보 보호법」제15조에 따라 아래와 같이 개인정보를 수집·이용 및 제공하고자 합니다. 내용을 자세히 읽으신 후 동의 여부를 결정하여 주시기 바랍니다.

### ■ 개인정보 수집·이용에 대한 동의

수집 목적			특수교육대상자 선정·배치 및 교육적 조치에 관한 효율적인 처리	
수집 항목	기 본	필수	(학생) 성명, 학교명, 학년 반, 생년월일, 성별, 연락처, 주소	
		선택	(보호자) 성명, 관계, 주소, 연락처	
	민감		장애 유형 및 장애 정도, 신체정보, 교육 및 훈련 정보, 가족 정보, 의료 정보, 습관 및 행동 정보, 진단·평가 과정에 필요한 기타 정보 및 평가 결과	
보유기간			정보 수집일로부터 해당 학교 재학 기간 또는 개인정보 삭제 신청 시까지	
※ 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우, 특수교육대상자 선정에 불이익이 있을 수 있습니다.				

### ■ 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까?

기본정보	동의함	<input type="checkbox"/>	동의하지 않음	<input type="checkbox"/>
민감정보	동의함	<input type="checkbox"/>	동의하지 않음	<input type="checkbox"/>

### ■ 개인정보 제3자 제공 동의

제공받는 기관	전북특별자치도교육청 산하기관 (학교 포함)
제공 목적	특수교육대상자 선정·배치, 개별화 교육 및 특수교육관련서비스 지원
제공하는 항목	기본정보 및 민감정보
보유기간	정보 수집일로부터 해당 학교 재학 기간 또는 개인정보 삭제 신청 시까지
※ 개인정보 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우, 개별화교육 계획 수립 및 관련서비스 지원에 불이익이 있을 수 있습니다.	

### ■ 위와 같이 개인정보 제3자 제공에 동의하십니까?

동의함	<input type="checkbox"/>	동의하지 않음	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	---------	--------------------------

본인은 개인정보 처리에 관하여 고지를 받았으며,  
이를 충분히 이해하고 동의합니다.

20    년    월    일

학생

(인)

보호자

(인)

전북특별자치도완주교육지원청 교육장 귀하