臺北市 114 學年度國民小學藝術才能音樂班

新 生轉 學 生

聯 合 招 生 鑑 定

身心障礙考生特殊應考服務申請表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 考 生 姓 名 |  | 性別 | □男 □女 |
| 現 就 讀 學 校 | 市（縣） 國民小學 |
| 緊 急 聯 絡 人 |  | 聯絡電話 | 住家 | （ ） |
| 手機 |  |
| 請於系統上傳「縣市鑑輔會證明影本」或「身心障礙證明正反面影本」 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **申請項目** | **需求情形** | 審查結果 |
| **試場** | □延長作答時間（休息時間相對減少）□提早 5 分鐘入場□行動不便或身體病弱者安排在設有電梯之試場應試□申請特殊試場（或獨立試場） |  |
| **試卷** | □放大試卷（提供放大為 A3 紙之影印試題） |  |
| **輔具** | □檯燈□放大鏡□其他（請說明）： |  |
| **其他特殊需求****（請詳填）** |  |  |
| **佐證資料/方式** | □原就讀學校之評量調整服務佐證資料□由原就讀學校之個管教師列席審查會議，說明在校期間提供之評量調整服務內容 |

**考 生 姓 名：**

◎身心障礙考生特殊應考服務項目：請考生依需求勾選申請項目及佐證資料/方式

**法定代理人（父母或監護人）簽章：**

審查單位核章：