**附件2 臺北市114學年度國民小學藝術才能美術班新生暨轉學生聯合招生鑑定**

**身心障礙考生應考服務申請表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | (H)(O)(手機) |

 **身心障礙考生應考服務項目：**（請考生依需求勾選申請項目）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請項目 | 需求情形 | 審定結果 |
| 提早入場 | □是（提早5分鐘進入試場準備）□否 |   |
| 其他特殊需求(請詳細填寫) |  |   |

 考生親自簽名：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 個案管理教師簽章：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 法定代理人（父母或監護人）：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 審查單位核章：