

附件2 臺北市115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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 是 (提早5分鐘進入試場準備) <input type="checkbox"/> 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：