

臺北市 115 學年度國民小學藝術才能音樂班
新 生 聯 合 招 生 鑑 定
轉 學 生
身心障礙考生特殊應考服務申請表

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	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」				

◎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

申請項目	需求情形	審查結果
試場	<input type="checkbox"/> 延長作答時間(休息時間相對減少) <input type="checkbox"/> 提早5分鐘入場 <input type="checkbox"/> 行動不便或身體病弱者安排在設有電梯之試場應試 <input type="checkbox"/> 申請特殊試場(或獨立試場)	
試卷	<input type="checkbox"/> 放大試卷(提供放大為A3紙之影印試題)	
輔具	<input type="checkbox"/> 檯燈 <input type="checkbox"/> 放大鏡 <input type="checkbox"/> 其他(請說明)：	
其他特殊需求 (請詳填)		
佐證資料/方式	<input type="checkbox"/> 原就讀學校之評量調整服務佐證資料 <input type="checkbox"/> 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：

法定代理人(父母或監護人)簽章：

審查單位核章：