

附件 2

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		
<p>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」</p>					

◎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：