**高雄市 區 國中 國中學術性向資賦優異學生鑑定**

**身心障礙暨突發傷病考生參加鑑定服務需求申請表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 考生姓名 |  | 報考學校 |  |
| 就讀國中 |  | 畢業國小 |  |
| 性 別 |   |
| 身分證字號 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 出生日期 | 民國 年 月 日 |
| 緊急聯絡人 |  | 與學生關係 |  |
| 聯絡電話 | （宅） （公） （行動電話） |
| 障礙類別/病情簡述 |  |
| 繳驗證件 | 身心障礙考生請繳交 突發傷病考生請繳交 報名時有效期限內之身心障礙證明 醫院診斷證明 正反面影本  或  縣市鑑輔會核發之鑑定證明影本(浮 貼) |

◎身心障礙暨突發傷病考生參加鑑定服務項目：請學生依需求勾選申請項目

|  |  |
| --- | --- |
| 申請服務項目 | 考生就讀學校輔導教師綜合說明 |
|  試場安排： 少人試場  獨立試場延長作答時間\_\_\_\_\_分鐘 (至多20分鐘，休息時間相 對減少) 提早五分鐘入場 提供擴視機、放大鏡、 點字機、盲用電腦 調頻助聽器 提供視障學生放大為A3紙 之影印試題或字型放大 (如word字型) 其他功能性障礙所需服務 （請詳填）： | 請輔導教師務必詳述學生安置情形及接受之對應服務，或協助出席鑑輔會說明，俾利提供學生適性鑑定服務。(綜合說明亦可於家長申請後，由考生輔導教師另頁增列說明，格式如次頁) |
|
|
|
|
|

考生親自簽名： 法定代理人或實際照顧者代簽：　　　　　　　　　 (無法親自簽名者由其法定代理人或實際照顧者代為簽名並註明原因)原因說明：

|  |  |
| --- | --- |
| 報考學校初審人員簽名(書面)或選擇完成送件按鈕(系統) |  |

114學年度國中學術性向資賦優異學生鑑定

身心障礙暨突發傷病考生參加鑑定服務需求─說明表

|  |
| --- |
| 基本情況描述 |
| 一、學生畢業國小 |  區 國小 |
| 二、學生就讀國中 |  區 國中 |
| 三、學生鑑定報名學校 |  區 國中 |
| 四、受訪人或撰寫說明 表之教師 |  區 國小 教師與個案關係 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(例如：資源班輔導教師) |
| 受訪人或撰寫人核章或簽名 |  |

|  |
| --- |
| 學生現況能力描述 |
| 報名學生姓名 |  | 性 別 |  |
| 身心障礙暨突發傷病詳細描述 |  |
| 在校學習表現或相關特質描述 |  |
| 在校評量時是否有調整方式 |  □是，請詳述： □否，評量方式無調整與一般學生相同。 |