**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。 | | |