

高雄市115學年度國民小學資賦優異學生申請縮短修業年限鑑定 身心障礙及突發傷病考生參加鑑定服務需求申請表

初選報名階段

複選報名階段

學生姓名		鑑定證號碼	(報考學校填寫)										
就讀學校		報考學校											
性別													
身分證字號	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>											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) 報名時有效期限內之 身心障礙證明影本 縣市鑑輔會核發之鑑定證明影本		(突發傷病考生請繳交) 醫院診斷證明 (浮貼)										

◎身心障礙及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	學生就讀學校輔導教師綜合說明
<input type="checkbox"/> 延長作答時間____分鐘 (至多20分鐘，休息時間相對減少) <input type="checkbox"/> 提早五分鐘入場 <input type="checkbox"/> 提供擴視機、放大鏡、點字機、盲用電腦 <input type="checkbox"/> 調頻助聽器 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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，由學生輔導教師另頁增列說明，格式如附件「身心障礙及突發傷病考生參加鑑定服務需求—說明表」)

學生親自簽名：

法定代理人/實際照顧者代簽：

(無法親自簽名者由其法定代理人/實際照顧者代為簽名並註明原因) 原因說明：

就讀學校承辦人		承辦處室主任	
高雄市特殊教育學生鑑定及就學輔導會委員簽名			

**115學年度國民小學資賦優異學生申請縮短修業年限鑑定
身心障礙及突發傷病考生參加鑑定服務需求—說明表**

基本情況描述	
一、學生現在就讀學校	○○區○○國小
二、學生鑑定報名學校	○○區○○國小
三、受訪人或撰寫說明表之教師	○○區○○國小陳○○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	王○○	性 別	
身心障礙或突發傷病詳細描述			
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	<input type="checkbox"/> 是，請詳述： <input type="checkbox"/> 否，評量方式無調整與一般學生相同。		