

附件 5 臺北市 115 學年度國民中學學術性向資賦優異資源班學生鑑定安置
身心障礙、重大傷病及突發傷病考生應考服務申請表

學生姓名		測驗方式	☐ 初選 ☐ 複選
申請原因	☐ 視覺障礙 (☐ 全盲 ☐ 弱視) ☐ 聽覺障礙 (☐ 左耳 ☐ 右耳) ☐ 語言障礙 ☐ 肢體障礙 (☐ 上肢障礙 ☐ 下肢障礙 ☐ 其他_____) ☐ 腦性麻痺 (請略加敘述困難類型_____) ☐ 身體病弱 (請敘述病名_____) ☐ 情緒行為障礙 (請略加敘述困難類型_____) ☐ 學習障礙 (請略加敘述困難類型_____) ☐ 多重障礙 (請敘述障礙類別_____) ☐ 自閉症 ☐ 其他障礙_____ ☐ 重大傷病 (請略加敘述傷病況_____) ☐ 其他 (請說明：_____)		
申請服務項目	試場	☐ 延長作答時間 20 分鐘 (休息時間相對減少，突發傷病學生不得申請) ☐ 提早 5 分鐘入場 ☐ 行動不便或身體病弱者安排在一樓或設有電梯之試場應試 ☐ 情緒行為障礙者視情況安排特殊試場 ☐ 申請特殊試場 (或獨立試場)	
	輔具 (准予自備)	☐ 擴視機 (以考生自備為原則) ☐ 放大鏡 (以考生自備為原則) ☐ 點字機 (以考生自備為原則) ☐ 調頻輔具 (以考生自備為原則) ☐ 特殊桌椅 (以考生自備為原則) ☐ 其他_____ (請說明)	
	試題卷別	☐ 放大試卷	
	作答方式	☐ 代謄至答案卡 (卷) ☐ 放大答案卡 (卷) ☐ 題本劃記	
繳驗證件	☐ 身心障礙證明或鑑輔會鑑定證明影本 (證件及證明乃審查之重要依據，務請齊備) ☐ 個別化教育計畫 (此乃審查之重要依據，務請學校提供齊備) ☐ 醫生診斷證明正本 (其他特殊情形考生，請檢附及說明)		
學生簽名			
法定代理人 (父母或監護人) 簽名			
導師或 個管教師 簽名			