附件8

新北市114學年度高級中等學校特色招生專業群科甄選入學

身心障礙、重大(突發)傷病及懷孕考生應考服務申請表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 考生姓名 |  | | | | | 性別 | | | ⬜男　　　⬜女 | | | | | | | | | | | | | | 相片黏貼處  （相片背面請書寫就讀國中及姓名） |
| 出生日期 | 年　　月　　日 | | | | | 身分證  統一編號 | | |  |  | |  |  | |  | |  |  |  |  |  | |
| 通訊地址 | □□□-□□□ | | | | | | | 電話 | | | | | |  | | | | | | | | |
| 緊急聯絡人 | | | | | |  | | | | | | | | |
| 聯絡電話 | | | | | |  | | | | | | | | |
| 行動電話 | | | | | |  | | | | | | | | |
| 就讀國中 |  | | 班級  座號 | 班　　號 | | | | 輔導老師  導師或 | | | 姓名 | | |  | | | | | | | | | |
| 電話 | | | 學校電話：  行動電話： | | | | | | | | | |
| 申請服務項目 | 術科試場 | ⬜延長作答時間20%  ⬜安排接近音源的座位  ⬜其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ （請說明） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 輔具（准予自備） | ⬜擴視機（是否自備？　⬜是　⬜否）  ⬜放大鏡（是否自備？　⬜是　⬜否）  ⬜點字機（是否自備？　⬜是　⬜否）  ⬜人工電子耳（型號\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）（是否自備？　⬜是　⬜否）  ⬜搭配FM調頻系統  （發射器型號\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_接收器型號\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）（是否自備？　⬜是　⬜否）  ⬜助聽器（型號\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）（是否自備？　⬜是　⬜否）  ⬜其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ （請說明） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請原因 | ⬜智能障礙  ⬜視覺障礙（⬜全盲⬜弱視）  ⬜聽覺障礙（⬜左耳：⬜重度⬜中度⬜輕微。⬜右耳：⬜重度⬜中度⬜輕微）  ⬜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（請略加敘述障礙類別\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）  ⬜自閉症  ⬜其他障礙\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ⬜重大(突發)傷病（請略加敘述傷病情況\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）  ⬜懷孕 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 繳驗  證件 | ⬜身心障礙手冊（證明）正反面影本或縣市鑑輔會證明影本（證件及證明乃審查之重要依據，務請齊備）  ⬜其他特殊考生的醫生診斷證明正本\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（請說明）  ⬜重大傷病證明核定通知函影本  ⬜衛生福利部認定之醫學中心或區域醫院或地區醫院醫療診斷證明正本  ⬜孕婦健康手冊 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 考生簽名 | |  | | | 導師、特教老師或輔導教師簽名  （非應屆學生此欄無需簽名） | |  | | | | | | | | | 審查小組  承辦人簽章 | | | | | |  | |
| 家長（或監護人）  簽名 | |  | | | 審查小組  認定結果 | | | | | | ⬜通過 ⬜不通過 | |

**注意事項**：若有需要申請之考生，應於**報名收件**時同時繳交本表。**（請於報名時當面繳交確認。）**