

臺中市忠明國小身心障礙及重大傷病考生應考服務申請表

姓名		身分證 統一編號		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
通訊 地址						
緊急 連絡人	姓名		導師、特教老師 或輔導老師	姓名		
	連絡電話			連絡電話		
	行動電話			行動電話		
申請 原因	<input type="checkbox"/> 智能障礙 <input type="checkbox"/> 視覺障礙 <input type="checkbox"/> 語言障礙 <input type="checkbox"/> 聽覺障礙 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 腦性麻痺(請略述困難型_____) <input type="checkbox"/> 身體病弱(請敘述名_____) <input type="checkbox"/> 情緒障礙行為(請略述困難型_____) <input type="checkbox"/> 學習障礙(請略述困難型_____) <input type="checkbox"/> 多重障礙(請略述障礙別_____) <input type="checkbox"/> 其他障礙(_____) <input type="checkbox"/> 重大傷病(請略述傷病況_____)					
	申請 服務 項目	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 安排在便於應試的特殊桌椅、輔具或個人醫療器材之試場應試。 <input type="checkbox"/> 監考老師協助翻頁或其他不影響考試公平之類似服務。 <input type="checkbox"/> 其他_____。				
		申請原因及繳 驗證件	(繳驗證件請參閱備註)		監護人 簽章	
		審查小組認定結果	<input type="checkbox"/> 通過	審查小組說明		
	<input type="checkbox"/> 部分通過					
	<input type="checkbox"/> 不通過					

備註 1：申請本項服務者，須於考前一週提出申請；並經由審查通過後，使得提供服務。

備註 2：繳驗證件為衛福部認定之醫學中心、區域醫院或地區醫院診斷證明正本。若因緊急事故(如考試當天早上發生意外)，無法即時取得上開證明者，須於考後 2 日內補件。