收件編號：

澎湖縣 **113** 年度文澳國小區域性領導力資優教育方案

【**TOP LEADER & SUPER TEAM–「澎」湃禮讚！**】

報名及審查表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 學生基本資料 | 學生姓名 |  | 就讀學校 | |  | | |
| 出生日期 | 年 月 日 | 班級 | | 年 班 | 性別 |  |
| 身份證字號 |  | 家長姓名 | |  | | |
| 日間聯絡電話 |  | 手機 | |  | | |
| 緊急聯絡人 |  | 聯絡電話 | |  | | |
| 戶籍地址 |  | | | | | |
| 通訊地址 |  | | | | | |
| 報名資格 | ※是否已參加本縣**112、113**年度國民小學階段領導才能優異學生領導力鑑定：  ☑是的，我已參加上述鑑定，若經本縣鑑輔會查核後並未屬實，即退出本活動，絕  無異議。  家長簽名：( ) **113**年 **6** 月日 | | | | | | |
| 茲同意敝子弟 參加文澳國小**113**年度區域性資優教育方案。自**113**年**7**月**2**日  起至**113**年**7**月**5**日止，上課期間將自行負責敝子弟上下學接送，並督促遵守承辦單位之  一切規定。  □貴子弟是否有特殊疾病＿＿＿＿＿＿ ，需要特別注意關心（若有請勾選並註記）。  家長簽名：( ) **113**年 **6** 月 日 | | | | | | | |
| 經就讀學校特殊教育推行委員會審查通過 | | | | 特推會會議日期： 年 月 日 | | | |
| 承辦學校初審報名表件 | | | | □符合 □不符合（說明 ）  初審日期： 年 月 日 | | | |
| 澎湖縣特殊教育學生鑑定及就學輔導會審核結果 | | | | □錄取 □備取（第 順位）  □不錄取  審核日期： 年 月 日 | | | |