

## 彰化縣 109學年度國民中學一般智能暨學術性向資賦優異學生鑑定安置

### 複選考試帶隊教師注意事項

一、複選辦理時間：109 年 7 月 4 日(六)

二、複選辦理地點：陽明國中

一般智能類與學術性向類考生之報到時間不同，一般智能類考生於 7：00~7：40 報到，學術性向類考生於 7：40~8：10 報到。

一、因應嚴重特殊傳染性肺炎，所有人員進入校園請**全程配戴口罩及配合量測體溫**，並請攜帶足夠之個人防疫用品。

二、因應嚴重特殊傳染性肺炎，考生進入校園後直接進入試場位置就座，**校園不另設置考生休息區**，請各校帶隊教師至所屬學校考生試場查看考生情況。

三、請協助留意考生應配合本府防疫措施，提醒考生不得觸碰他人桌椅、勿隨意移動位置，及提醒學生戴好口罩，避免交談。

四、建議帶隊教師攜帶學生鑑定申請表影本，以利掌握聯絡資訊，倘有學生臨近考試時間而無故未到校者，請協助聯繫考生及家長。

五、請配合公告之複選鑑定時程，於清場時間後離開試場區，考試休息時間可憑通行證前往試場關心考生，預備鈴響前3分鐘請離開試場。

六、帶隊教師亦屬本次健康管理對象之一，若有身體不適，如發燒、明顯咳嗽、呼吸道症狀恐致影響考生者，或屬衛生主管機關通報需實施自主健康管理者，請向試務承辦學校請假，在家休息，

七、考試當天出門前請填寫工作人員健康聲明書(如附件)繳至報到處。

八、考試當天備有早餐及午餐，帶隊教師當天不領取餐點者，請提前通知試務承辦學校，以免造成浪費。

九、陽明考區特別注意事項

(一) 07/04 資優複選當天，請各帶隊老師汽車由本校長順大門進出(無需通行證)。

(二) 帶隊老師請先至長順樓穿堂服務區領取早餐。考試結束後，並記得領取午餐再離開。

(三) 本校考場位置圖、入場證號及試場對照表、鑑定時間表，請最遲星期五中午至陽明國中首頁查看，並公告給貴校考生。

(四) 學生當天遺失准考證，請由帶隊老師帶考生向服務台申請補發。無准考證不得入場考試，為使補發順利，請考生亦隨身攜帶學生證及二吋照片提供查驗及補發。

**彰化縣 109學年度國民中學一般智能暨學術性向資賦優異學生鑑定安置考試  
因應「嚴重特殊傳染性肺炎(武漢肺炎)」工作人員健康聲明書**

<b>健 康 說 明</b>				
姓名：	<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 5px;">試務學校：</td> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/>陽明國中  <input type="checkbox"/>成功高中                 </td> <td style="padding: 5px;">                     工作項目：  <input type="checkbox"/>主襄試人員  <input type="checkbox"/>帶隊教師  <input type="checkbox"/>工作人員  <input type="checkbox"/>學生志工                 </td> </tr> </table>	試務學校：	<input type="checkbox"/> 陽明國中 <input type="checkbox"/> 成功高中	工作項目： <input type="checkbox"/> 主襄試人員 <input type="checkbox"/> 帶隊教師 <input type="checkbox"/> 工作人員 <input type="checkbox"/> 學生志工
試務學校：	<input type="checkbox"/> 陽明國中 <input type="checkbox"/> 成功高中	工作項目： <input type="checkbox"/> 主襄試人員 <input type="checkbox"/> 帶隊教師 <input type="checkbox"/> 工作人員 <input type="checkbox"/> 學生志工		
連絡電話 手機：_____ 市話：_____				
1. 請問您是否屬衛生主管機關通報需實施「自主健康管理者」？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
2. 請問您過去 14 天是否有下列情形？（已服藥者亦需填寫「是」） <input type="checkbox"/> 是： <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 呼吸急促 <input type="checkbox"/> 嗅覺喪失、味覺喪失 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 否				
3. 請問您近 14 日是否曾接觸過下列人士： <input type="checkbox"/> 來自國外有發燒或呼吸道症狀之人士 <input type="checkbox"/> 居家隔離或居家檢疫之人士 <input type="checkbox"/> 以上皆無				
4. 請問您是否有下列之情況？ <input type="checkbox"/> 屬中央流行疫情指揮中心公告「具感染風險民眾追蹤管理機制」中「居家隔離」或「居家檢疫」實施之對象 <input type="checkbox"/> 屬自主健康管理被限制不得外出者 <input type="checkbox"/> 複選當日經測量發燒者 <input type="checkbox"/> 複選前 24 小時內有發燒或用解熱劑／退燒藥退燒者（亦屬發燒）。 <input type="checkbox"/> 以上皆無				
本人(法定代理人)同意上述說明資料屬實，倘有不實，願負相當法律責任：				
名)	_____ (簽 填寫日期：中華民國 109 年      月      日			