

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)」請考生配合防疫注意事項

- 一、應試期間進出校園須全程配戴口罩及配合量測體溫，並準備足夠之個人清潔及防護用品。
- 二、為避免考場人員過度集中而發生群聚感染，不開放陪考人員入校。倘有特別需求，請事先填寫附件二洽試務承辦學校申請，並依試場相關防護措施及規則辦理。
- 三、考生應落實自我健康狀況監測，如出門應試前出現發燒（額溫 $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ 、耳溫 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ）、呼吸道症狀或腹瀉等，建議儘速就醫並在家休養。如考試中臨時出現身體不適情況請告知試務工作人員，並配合學校防疫措施。
- 四、考試期間各區校園將進行管制，由工作人員協助量測體溫，若考生有發燒請儘速就醫後返家休息，考生不得入校。
- 五、考生應試當天如符合下列情況之一者，不得參加測驗，請於考前聯繫試務承辦學校或試務中心(04-7273173#402)登記並準備相關證明文件，由本府專案處理：
 - (1)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。
 - (2)屬自主健康管理被限制不得外出者。
 - (3)應試當日經測量發燒，無法進入校園者。
 - (4)應試前 24 小時內曾有發燒或用解熱劑／退燒藥退燒者(亦屬發燒)。另「自主健康管理」者，應依照「具感染風險民眾追蹤管理機制」之自主健康管理措施，並配合主辦學校規定防護措施辦理。
- 六、請考生出門應試前填寫健康聲明書(如附件一)，並於當天繳至報到處。
- 七、校園於上午 7 時起開放，為配合量測體溫等防疫措施，請考生提早進行報到作業，以免延誤考試時間。
- 八、因應防疫，校園不開放停車亦不設置考生休息區，將開放試場請考生入座後勿隨意移動位置，試場使用前已進行消毒工作，請考生勿碰觸他人應試桌椅。
- 九、請所有人員注意咳嗽禮節及維持手部清潔，保持經常洗手習慣。尤其咳嗽或打噴嚏後及如廁後，手部接觸到呼吸道分泌物、尿液或糞便等體液時，更應立即洗手。另應注意儘量不要用手直接碰觸眼口鼻。
- 十、對於有慢性肺病(含氣喘)、心血管疾病、腎臟、肝臟、神經、血液或代謝疾病者(含糖尿病)、血紅素病變、免疫不全需長期治療者、孕婦等，於國內嚴重特殊傳染性肺炎疫情流行期間，建議避免參加集會活動。
- 十一、本府持續關注中央流行疫情指揮中心公布之疫情狀況，根據相關防疫指引適時風險評估、調整因應措施及公告，以確保考生健康安全，相關資訊請留意彰化縣政府教育處新雲端（<https://www.newboe.chc.edu.tw/>）及各承辦學校網頁公告。
- 十二、試務承辦單位：

| 校名 | 網址 | 電話 |
|------|---|------------------|
| 陽明國中 | http://www.ymsc.chc.edu.tw/ | 04-7222263 轉 430 |
| 成功高中 | https://www.ckjh.chc.edu.tw/ | 04-8828588 轉 61 |

本案聯絡人：彰化縣政府教育處學生事務及特殊教育科王致雁小姐，04-7531864

**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)」考生健康聲明書**

| 考生健康說明 | | | |
|---|-----|----------|------------|
| 姓名： | 學校： | 班級： | 入場證號碼： |
| 連絡電話 手機：_____ | | 市話：_____ | |
| <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>4. 請問您是否有「請考生配合防疫注意事項」第 5 點不得應試之情況？ <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"/>應試當日經測量發燒者 <input type="checkbox"/>應試前 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</p> | | | |
| 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： | | | |
| | | | _____ (簽名) |
| 填寫日期：中華民國 109 年 月 日 | | | |

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
特殊需求考生陪考人員入校申請表

| | | | |
|--|---|--------------------------|--------------------------|
| 學生姓名 | | 就讀學校/班級 | |
| 初選報名國中 | | 入場證號碼 | |
| 特殊需求事項 | <input type="checkbox"/> 身心障礙考生 <input type="checkbox"/> 重大傷病致行動不便 <input type="checkbox"/> 其他_____ | | |
| 繳交證明 | <input type="checkbox"/> 已檢附證明文件(如身心障礙證明正反面影本、診斷證明書等) <input type="checkbox"/> 其他_____ | | |
| 學生親自簽名：_____ | | | |
| 家長或監護人代簽：_____，（原因說明）_____ （無法親自簽名者由其家長或監護人代為簽名並註明原因） | | | |
| 因考生特殊需求事項申請入校陪考 | | | |
| 陪考人員資料 | | | |
| 姓名 | | 與學生關係 | 身分證字號 |
| 連絡電話 | (宅) _____ (手機) _____ | (公) _____ | |
| 通訊地址 | □□□□□ | 縣(市) _____ 路(街) _____ | 市(鄉鎮) _____ 段 巷 弄 號 樓 |
| 注意事項： 1. 應試當天請配合防疫注意事項，填寫繳交健康聲明書及量測體溫作業並持本審核通過申請表及身分證入校。 2. 若陪考人員應試當天有「請考生配合防疫注意事項」第5點不得應試之情況，即不得入校，請檢附原申請表另申請陪考人員或由工作人員協助考生進出試場。 | | | |
| 陪考人員親自簽名 | | 審核單位戳章 | |

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)」特殊需求考生之陪考人員健康聲明書

| 陪考人員健康說明 | |
|--|------------|
| 姓名： | 陪同考生姓名/學校： |
| 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「請考生配合防疫注意事項」第 5 點不得應試之情況？ <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"/> 應試當日經測量發燒者 <input type="checkbox"/> 應試前 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： | |
| _____ (簽名) 填寫日期：中華民國 109 年 月 日 | |