

附件 2 新北市資賦優異學生縮短修業期間輔導計畫

填寫說明：

- 本計畫請學校邀集家長、學生和 IGP 個管教師、任課教師及相關人員共同擬定。
- 本計畫應納入 IGP 執行，並於 IGP 檢討會議時一併檢討本輔導計畫成效。

學校名稱：_____

學生姓名：_____

計畫擬定日期：____年____月____日

計畫執行時間：____學年度☐上 ☐下學期

縮短修業年限方式	欲縮短修業年限之年級 / 學科（學習領域） 例：五年級上學期/自然領域
<input type="checkbox"/> 免修 <input type="checkbox"/> 加速 <input type="checkbox"/> 跳級	
<input type="checkbox"/> 免修 <input type="checkbox"/> 加速 <input type="checkbox"/> 跳級	
<input type="checkbox"/> 免修 <input type="checkbox"/> 加速 <input type="checkbox"/> 跳級	
<input type="checkbox"/> 免修 <input type="checkbox"/> 加速 <input type="checkbox"/> 跳級	
<input type="checkbox"/> 免修 <input type="checkbox"/> 加速 <input type="checkbox"/> 跳級	

（一）縮短修業期間學科（學習領域）學習方式

學科（學習領域）	學習時間	學習地點	輔導或授課教師

自主學習規劃（學習內容、地點、時間）

(二) 行政支援協調內容：

(三) 成績評量或學分核定調整方式(含平時、定期、學期總成績)

(四) 自學、至校外學習之安全維護或交通安排(無則免填)

(五) 自主學習或加速課程所須之費用支付情形(無則免填)

與會人員簽名：

家長：

職稱	姓名	職稱	姓名