

中華民國腦性麻痺協會獎學金申請表

本會會員，會員姓名：_____ 團體會員：_____ 地區協會 填表日期：110年 月 日

| | | | | |
|---|--|---|------|-------------------------------|
| 學生姓名 | | 性別 | | 照 片 近期 2 吋照 |
| 與會員關係 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父子 <input type="checkbox"/> 父女 <input type="checkbox"/> 母子 <input type="checkbox"/> 母女 | | | |
| 學生身份證字號 | | | | |
| 組別 | 個人會員： <input type="checkbox"/> 高中職 <input type="checkbox"/> 大專院校(<input type="checkbox"/> 四技二專) | 各地區團體會員： <input type="checkbox"/> 高中職 <input type="checkbox"/> 大專院校(<input type="checkbox"/> 四技二專) | | |
| 學校 | 校名：_____ | | | |
| | _____系(科) _____年_____班 | | | |
| 聯絡電話 | | | 行動電話 | |
| 地址 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | |
| E-mail | | | | |
| 郵局局號帳號 (戶名須為學生本人) | 局號： 帳號： | | | |
| 檢附證明 | <input type="checkbox"/> 學生身份證影本(正反面)或戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> 學生證影本(正反面，須有當學期註冊章) <input type="checkbox"/> 前一學年成績單 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊影本(正反面) <input type="checkbox"/> 腦性麻痺相關證明(重大傷病卡或診斷證明) <input type="checkbox"/> 郵局存摺封面影本(戶名須為學生本人) | | | |
| 申請資格 | | | | |
| <p>(一)自申請日前已連續二年繳交會費之會員或會員子女，且就讀大專校院、高中職，具有國內公私立或已立案學籍之學生。</p> <p>(二)中華民國腦性麻痺協會團體會員(限各地區腦性麻痺協會)，並為該團體之會員或會員子女，且就讀大專校院、高中職，具有國內公私立或已立案學籍之學生。並符合下列條件之一者，且在法定修業年限內予以獎助。</p> <p>●高中職組：含應屆畢業生，其前一學年課業成績總平均 70 分以上，操行成績平均 70 分以上(或相對等級)，且無任何懲處紀錄者。</p> <p>●大專校院組：含應屆畢業生，其前一學年課業成績總平均 80 分以上，操行成績平均 70 分以上(或相對等級)，且無任何懲處紀錄者。</p> | | | | |
| 同意書 | | | | |
| <p>_____ (請簽名)同意本人(含家屬)於頒獎活動期間進行之拍照、攝影與訪談等所有肖像權歸屬於中華民國腦性麻痺協會無償使用於非營利範圍。</p> | | | | |

◎請將申請表連同檢附資料一同寄至中華民國腦性麻痺協會(並於信封上註明獎學金)

地址：11268 台北市北投區大業路 166 號 5 樓

電話：(02)2892-6222 分機 204 特殊教育委員會 涂瑞珍