

臺北市立成淵高級中學 112 學年度第一學期高二數理/醫藥群學習輔導實施計畫

- 一、依據：中華民國 111 年 1 月 11 日北市教中字第 1113021482 號函頒「臺北市高級中等學校學習輔導實施要點」。
- 二、目的：輔導學生有效利用時間，加強學生基本能力，提升學習效果。
- 三、實施對象：鼓勵本校高中部全體學生參加。
- 四、實施時間：112 學年度第一學期
高二：自 112.9.11 起至 113.1.12，扣除國定假日及月考日，共 18 週。
- 五、實施內容：
高二數理資訊群/醫藥生科群：每週 國、英、數、物理/化學，各一節。視調查開課，每班不低於 15 人，才能開班)
(註：高二物理/化學為單雙週對開，併為一節。)
- 六、費用：依臺北市教育局 111 年 1 月 21 日臺北市高級中學學習輔導費收費標準表之「學期中課業輔導」項目辦理。
(如班上一科成班，每學期一科一節 25 元*1 科*18 週扣放假/段考，計 16 節，共 400 元)。
(如班上二科成班，每學期二科一節 25 元*2 科*18 週扣放假/段考，計 32 節，共 800 元)。
(如班上三科成班，每學期三科一節 25 元*3 科*18 週扣放假/段考，計 48 節，共 1200 元)。
(如班上四科成班，每學期四科一節 25 元*4 科*18 週扣放假/段考，計 64 節，共 1600 元)。
- 七、政府核定有案之低收入戶學生或家境清寒學生得免繳或酌減學習輔導費用。
- 八、本辦法陳 校長核可後實施，修正時亦同。

(請剪下於 9/06 (三) 交給導師彙整)

(9/7(四) 請導師將家長同意書及班級統計表繳交至教學組)

<家長同意書> ※本校高中課後輔導實施計畫，鼓勵全體學生參加。

本人子弟為貴校高中_____年_____班_____號 姓名_____

- | | |
|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 有意願參加高二國文輔導課。 | <input type="checkbox"/> 不克參加。 |
| <input type="checkbox"/> 有意願參加高二英文輔導課。 | <input type="checkbox"/> 不克參加。 |
| <input type="checkbox"/> 有意願參加高二數學輔導課。 | <input type="checkbox"/> 不克參加。 |
| <input type="checkbox"/> 有意願參加高二物/化輔導課。 | <input type="checkbox"/> 不克參加。 |

此 致

臺北市立成淵高級中學

學生家長簽章：_____

聯絡電話：(H)

(M)

中 華 民 國 112 年 _____ 月 _____ 日
教學組