

電話：2981 0432
2981 7419
傳真：2981 6345



地址：長洲 國民路 30 號

校本言語治療服務—接受語言能力評估及跟進治療服務

_____ 班 _____ 家長：

為能及早識別學生的言語發展情況和及早介入以提升他們的語言能力，學校將外聘專業機構為有需要學生提供言語治療服務。

為讓言語治療師能更了解 貴子女的字語發展情況，懇請閣下同意讓承辦機構香港言語及吞嚥治療中心言語治療師閱讀 貴子女於教育局 / 醫管局 / 資源中心提交之評估/治療報告。如有查詢，歡迎來電學校與霍貞潔主任或駐校社工李鈺蓮姑娘聯絡。煩請簽妥以下回條，著子女交回班主任，以便辦理。



國民學校校監 翁志明
校長 賴子文 謹啟

二零 年 月 日

✂

校本言語治療服務—接受語言能力評估及跟進治療服務同意書

國民學校校長：

1. 本人 _____ (家長姓名) * 同意 / 不同意 小兒/小女 _____ (班) 接受香港言語及吞嚥治療中心於 2010-2011 年度提供之言語/語言能力評估及其跟進治療服務。

(新轉介學生不需填寫第 2 部份)

2. 本人 _____ (家長姓名) * 同意 / 不同意 國民學校 於 2010-2011 年度將小兒 / 小女 _____ 於教育局 / 醫管局 / 資源中心提交之評估/治療報告予香港言語及吞嚥治療中心言語治療師作為參考之用。

家長簽署：_____

聯絡電話：_____

* 請刪去不適用者

日 期：二零 年 月 日