

言語治療服務

敬啟者：本校為協助 貴子弟透過言語治療改善言語障礙及指導家長有關教導子女的方法，本學期將由駐校言語治療師為家長就改善子女在言語上遇到困難的問題提供言語治療服務，以幫助學生改善言語上的問題。有關服務內容詳情如下：

服務：	言語治療			
導師：	駐校言語治療師 劉家明先生			
日期：	<input type="checkbox"/> 1月30日 <input type="checkbox"/> 2月27日 <input type="checkbox"/> 3月13日 <input type="checkbox"/> 4月17日 <input type="checkbox"/> 5月8,29日 <input type="checkbox"/> 6月19日	<input type="checkbox"/> 2月6日 <input type="checkbox"/> 3月6日 <input type="checkbox"/> 4月10,24日 <input type="checkbox"/> 5月15日 <input type="checkbox"/> 6月5,26日	<input type="checkbox"/> 3月2,16日 <input type="checkbox"/> 4月6,20日 <input type="checkbox"/> 5月4,18日	<input type="checkbox"/> 2月2日 <input type="checkbox"/> 3月9,23日 <input type="checkbox"/> 4月13日 <input type="checkbox"/> 5月11,25日
	<input type="checkbox"/> 1月30日 <input type="checkbox"/> 2月27日 <input type="checkbox"/> 3月13日 <input type="checkbox"/> 5月8,29日 <input type="checkbox"/> 6月19日	<input type="checkbox"/> 2月6日 <input type="checkbox"/> 3月6日 <input type="checkbox"/> 4月24日 <input type="checkbox"/> 5月15日 <input type="checkbox"/> 6月5,26日		<input type="checkbox"/> 2月2日 <input type="checkbox"/> 3月9,23日 <input type="checkbox"/> 5月11,25日
		<input type="checkbox"/> 2月6日 <input type="checkbox"/> 3月6日 <input type="checkbox"/> 4月10,24日 <input type="checkbox"/> 5月15日		
時間：	至			
地點：	本校 306 室			
對象：	本校一至六年級學生(已評估為有言語障礙的學生)及家長			
費用：	全免(由學校支付)			

備註：學生如無故缺席三次言語治療服務，校方會考慮取消其參加資格。

請 台端填妥下列回條，於 2018 年 1 月 29 日(星期一)或之前，著 貴子弟交給班主任彙收。如家長有任何查詢，可致電 2426 7424 與 曾新娣老師聯絡。

此致

貴家長

聖公會主愛小學校長

謹啟

主曆二零一八年一月二十六日

✂-----請剪下交回貴子弟的班主任-----

132

回條 —— 言語治療

敬覆者： 貴校二零一七年度第一三二號通告內容已悉。

1. 本人同意敝子弟參加言語治療，期間：

- 1.1 敝子女在學校接受言語能力評估及有關服務，有關服務由教育局全數津貼；及
- 1.2 敝子女在接受言語治療期間，有關報告會在學校存檔；及
- 1.3 為確保服務質素，有關報告亦可能呈交教育局作服務水平審核。

2. 本人 願意抽空 / 未能抽空 依上述時間出席旁聽有關言語治療的課堂，以深入了解子女的言語障礙問題。

此覆

聖公會主愛小學雷校長

_____年級_____班學生_____ ()

家長簽署_____

聯絡電話_____

二零一八年一月 _____ 日

註：請在適當的□內加上✓號