

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，並指導家長有關教導子女的方法，本學期將安排駐校言語治療師為 貴子弟提供言語治療服務，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"/> 9月11日	<input type="checkbox"/> 9月11日			# <input type="checkbox"/> 9月11日
	10月2,16日	10月2,16日			10月2,16日
	11月6,20日	11月6日			11月6,20日
	12月4,18日	12月4,18日			12月4,18日
	<input type="checkbox"/> 9月18日	<input type="checkbox"/> 9月18日	<input type="checkbox"/> 9月18日	<input type="checkbox"/> 9月18日	# <input type="checkbox"/> 9月18日
	10月9,23日	10月9日	10月9,23日	10月9,23日	10月9日
	11月13,27日	12月11日	11月27日	11月13日	11月13,27日
	12月11日		12月11日	12月11日	12月11日
	<input type="checkbox"/> 9月7,21日	<input type="checkbox"/> 9月7,21日			# 屬此組別的學生，由於活動須在放學後時段進行，因此家長必須在回條上註明學生活動後放學的安排。
	10月5,19日	10月5,19日			
	<input type="checkbox"/> 9月14,28日				
	10月12日				
	11月9,23日				
	1月4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(有關服務費用由教育局全數津貼)				
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 9 月 11 日(星期二)，著 貴子弟交給班主任彙收。如有任何查詢，請與梁錦媚老師聯絡。

此致  
貴家長

校長: 譚先明 謹啟

主曆二零一八年九月十日

✂-----請剪下交回貴子弟的班主任-----

41

回條 — 言語治療服務

敬覆者： 貴校二零一八年度第四十一號通告內容已悉。

- 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
  - 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，以深入瞭解子女的言語障礙問題。
  
- # 3. 敝子弟將於活動後，
  - 自行回家
  - 由家長接送
  - 乘搭下午 4:45 保母車。【只適用於乘搭保母車返、放學之學生】

此覆  
聖公會主愛小學  
譚校長

\_\_\_\_\_年級\_\_\_\_\_班學生\_\_\_\_\_ ( )  
家長簽署\_\_\_\_\_

聯絡電話\_\_\_\_\_

二零一八年九月 日

註：請在適當的□內加上✓號