

慈雲山天主教小學
有關「言語治療服務」事宜

各位家長：

貴子弟曾接受教育局特殊教育組或言語治療師評估，評估結果顯示貴子弟有某程度之言語障礙，為使學生能有更適切之照顧及支援，本校已聘請「思卓言語及吞嚥治療中心」之言語治療師賴姑娘到校為貴子弟進行言語治療服務，評估及治療將於上課日進行，家長可選擇於上課時段或放學後進行有關治療，學校會考慮家長意願作出安排，惟有需要學生人數頗多，學校只能盡量安排，敬希體諒。學生將按需要安排進行個別或小組治療，約每二至三星期進行一次，每節約為 30 分鐘。為使治療更有效，言語治療師將查取學生之個人資料及評估報告。如有需要，校方會呈交學生的資料給教育局或其他機構作為日後安排支援服務之用。

言語治療進行期間，歡迎家長到校觀課，貴子弟接受治療之時間容後通知。治療師每次均會派發功課予學生，請家長協助貴子弟於家中進行練習，並提示學生於接受治療當天帶回功課供治療師查核。

請貴家長填妥回條並於 9 月 6 日交回班主任。如有查詢，請與趙嘉敏主任聯絡(2327 3332)。

校長_____謹啟

二零一八年九月五日

黃綺霞

✂

學校通告 NO. 017A/18-19

回條請交班主任轉交趙主任

回 條
有關「言語治療服務」事宜

覆慈雲山天主教小學校長：

本人已詳閱並知悉，有關「言語治療服務」事宜。

本人 同意 敝子弟接受 貴校安排之言語治療服務，並明白校方將呈交敝子弟的資料給教育局或其他機構作為日後安排支援服務之用。

本人 不同意 敝子弟接受 貴校安排之言語治療服務。

*** 本人希望 貴校安排敝子弟於 上課時段 放學後接受有關評估及治療。

_____班 學生_____ ()

家長姓名：_____

家長簽署：_____

聯絡電話：_____

二零一八年九月 日