

慈雲山天主教小學
有關「言語評估及治療服務」事宜

各位家長：

按老師觀察，懷疑 貴子弟_____班_____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「創思成長支援中心」之言語治療師趙姑娘到校為 貴子弟進行言語評估，如有需要，將安排 貴子弟進行治療，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評估及治療，學校會考慮家長意願作出安排，唯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，約每三至四星期進行一次，每節約為 30 分鐘。言語治療進行期間亦歡迎家長到校觀課，貴子弟接受評估及治療之時間容後通知。治療師在治療後可能會派發功課予學生，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_____月_____日(星期____)交回班主任辦理。如有查詢，請與趙嘉敏主任聯絡(23273332)。

如有需要，校方會呈交學生的資料給教育局，而在學生轉讀新校/獲派/升讀中學時，如仍有需要支援，亦會轉交相關資料。

校長：_____ 謹啟

二零____年____月____日

黃綺霞

✂

學校通告 NO.129A/19-20

回條請交班主任轉交趙嘉敏主任

回 條

有關「言語評估及治療服務」事宜

覆慈雲山天主教小學校長：

本人已詳閱並知悉，有關「言語評估及治療服務」事宜。

本人 同意敝子弟接受 貴校安排之言語評估及治療服務，並明白若學生評估為需要接受治療，校方會呈交學生的資料給教育局，而在學生轉讀新校/獲派/升讀中學時，如仍有需要支援，亦會轉交相關資料。

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。

本人 不同意 敝子弟接受 貴校安排之言語評估及治療服務，原因：

_____班學生_____ ()

家長姓名：_____

家長簽署：_____

聯絡電話：_____

日期：_____