

言語治療服務

逕啟者：為提升同學的發音、聲線、語言流暢度及說話能力，本校於本年度邀請「心樂言語及吞嚥治療中心」的言語治療師為學生提供言語治療服務，屆時言語治療師於上課時間內為 貴子弟進行評估，並按學生的能力及需要，為 貴子弟設計合適的治療計畫，治療將以個人或小組形式在上課時間內或下午以面授或 Zoom 網上形式進行。

如 台端同意 貴子弟參加，請填妥隨通告附上的同意書，以憑辦理為荷，貴子弟的治療日期及邀請家長觀課日期容後通知。

此致

貴家長台鑒

寶血會培靈學校校長

 謹啟

2020 年 10 月 27 日

備註：如有任何查詢，請與謝文惠主任聯絡。

回 條

(請於 10 月 28 日繳交回條)

逕覆者：本人均已知悉 貴校 2020/2021 年度第 E043 號通告---【言語治療服務】內，所列之一切事項。本人填寫同意書以便 貴校為敝子弟作出安排。

若 貴子弟需進行言語治療計畫，本人希望治療課安排於〔上課時間(面授)/下午(面授或 Zoom 形式)] 進行。(按實際情況而作出修訂)

此覆

寶血會培靈學校校長

_____班學生_____ ()

家長簽署：_____

正 楷：_____

聯絡電話：_____

2020 年 月 日

第 E043 號
請將回條交回謝文惠主任