

言語治療服務

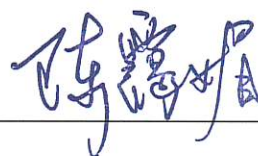
逕啟者：為提升同學的發音、聲線、語言流暢度及說話能力，本校於本年度邀請「思卓言語及吞嚥治療中心」的言語治療師為學生提供言語治療服務，屆時言語治療師將到校為 貴子弟提供評估，並按學生的能力及需要，為 貴子弟設計合適的治療計畫，治療將以個人或小組形式在上課時間以面授形式或下午以面授或 Zoom 網上形式進行。

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

2021 年 9 月 3 日

備註：如有任何查詢，請與謝文惠主任聯絡。

回 條

(請於 9 月 6 日繳交回條)

逕覆者：本人均已知悉 貴校 2021/2022 年度第 E020 號通告---【言語治療服務】內，所列之一切事項。

本人 *同意/ 不同意校方安排 敝子弟接受言語能力評估及有關的支援服務。

此覆

寶血會培靈學校校長

_____班學生_____ ()

家長簽署：_____

正 楷：_____

聯絡電話：_____

2021 年 月 日

第 E020 號
請將回條交回謝文惠主任

寶血會培靈學校

接受言語能力評估及有關支援服務同意書

本人是(班別)_____ (學生姓名)_____的家長/監護人：

1. *同意/ 不同意校方安排子女/受監護者接受言語能力評估及有關的支援服務。
2. 上課時間：*上午(面授形式) / 下午時段(面授或 Zoom 形式) /全日任何時段] 內接受言語能力評估及有關的支援服務。
3. *同意/ 不同意校方將上述學生的有關資料送交校內的言語治療師查閱，以便治療師了解他/她的學習情況及需要，從而提供合適的治療及支援。
4. *同意/ 不同意將有關之評估報告交予教育局作為教育用途，包括在學生轉校時，把學生資料呈交給他/她新入讀的小學或中學。
5. *小兒/小女/受監護者：
從未接受過言語治療服務。
曾於本校接受過言語治療服務。
曾於_____年在_____ (機構名稱)接受過言語治療服務。

* 請在適當的方格內加上「✓」號。

_____班 學生： _____ ()

家長/監護人簽署： _____

家長/監護人姓名： _____

聯絡電話： _____

日期： 202__年__月__日

根據個人資料(私隱)條例，本同意書所收集的個人資料將絕對保密。除跟進工作外，有關資料不會作其他用途。