

天水圍循道衛理中學  
校本言語治療計劃——評估及治療服務

敬啟者：

本校獲得教育局撥款推行「校本言語治療計劃」，此計劃目的是為校內各級有言語治療需要的學生提供服務。本學年內學校將與「啟言堂言語治療及復康訓練中心」合作，該中心的註冊言語治療師將會到校檢視有需要學生的進展情況，並進一步為部份仍然有需要的學生提供適切的言語治療及跟進服務，希望藉以改善及提升他們的言語及溝通能力。我們深信及早的評估及治療對學生的言語能力發展是很重要的。

「校本言語治療計劃——評估及治療服務」詳情如下：

日期： 2017年9月至 2018年6月(指定的星期三或星期四)

地點： 本校105室

對象： 中一至中六有言語治療需要的學生

費用： 全免

備註： (1) 每節治療時間約30分鐘

(2) 參與學生會於課堂中抽離進行治療

(3) 按學生需要及進展，治療或會以小組形式進行

(4) 本校與該中心言語治療師會按學生需要及進展決定每名學生所需要的治療節數

若 貴子弟被評定為有言語治療需要，稍後將會由言語治療師為學生安排適切的治療。為了獲得更詳盡及清晰的資料及數據，以便言語治療師能精確地作出診斷及訂定相關的訓練計劃，並能讓相關老師為學生作延續訓練，學生在接受評估及進行治療／訓練活動時的情況或會被錄音，所收集得的有關資料，只會供校內作教學參考及進行講座培訓之用，而有關學生的資料將會絕對保密。如有需要將資料提交予教育局，本校定必事先通知家長，並得到家長同意，才會將有關資料提交有關部門作進一步跟進。

敬請 台端於下列回條簽署，並於 19/9 或之前交往 105 室予張曉彤姑娘、劉曉君姑娘、吳沛怡姑娘或劉俊軒先生為盼。如有查詢，請致電 3156 2500 與張秀雲老師或張曉彤姑娘聯絡。

此致  
學生家長

\_\_\_\_\_ 謹啟  
(黃秀蓮校長)

二零一七年九月十三日

回條

敬覆者：

本人已知悉有關「校本言語治療計劃——評估及治療服務」通告內容，並

\*  本人同意敝子弟接受上述服務。

\*  本人不同意敝子弟接受上述服務，原因：\_\_\_\_\_。

此覆  
天水圍循道衛理中學校長

學生姓名：\_\_\_\_\_

班 別：\_\_\_\_\_ ( )

家長姓名：\_\_\_\_\_

家長簽署：\_\_\_\_\_

聯絡電話：\_\_\_\_\_

日 期：\_\_\_\_\_