



2019-2020 年度家長通告(P019-2019)

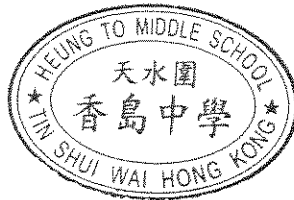
逕啟者：

為協助有需要的學生提升語言表達及運用能力，本校委託心樂言語及吞嚥治療中心派出言語治療師到校為學生提供評估及有關的跟進治療服務。現 貴子女獲推薦參與評估，詳情如下：

評估日期	2019年9月至10月
治療日期	2019年10月至2020年5月(約5次)
時 間	課堂中
地 點	本校一樓118室
費 用	全免

煩請填妥回條，並於9月19日或之前將回條交給陳綺雯老師。如有疑問，請致電學校26500016向陳綺雯老師查詢。

此致
貴家長



天水圍香島中學

2019年9月13日

✂

2019-2020 年度家長通告(P019-2019)回條

(請於9月19日或之前將回條交給陳綺雯老師)

逕覆者：

本人知悉有關言語能力評估之安排，並

- 本人同意子女參與評估及有關的跟進治療服務並已填妥後頁之家長同意書。
- 本人不同意子女參與評及有關的跟進治療服務。

此覆
天水圍香島中學

S _____ 班學生 _____ ()

家長/監護人簽署：_____

家長/監護人電話：_____

日 期：2019年 _____ 月 _____ 日

(請於適當的 內加上“√”)



天水圍香島中學
言語治療服務
家長同意書

本人同意向天水圍香島中學委託之校外合資格言語治療師（下稱治療師）
提供本人的子女／受監護者*的個人資料。

中文姓名：_____

英文姓名：_____

出生日期：_____年_____月_____日

學生編號(STRN)：_____

讓治療師可為本人的子女／受監護者*提供言語障礙評估及跟進服務。

家長／監護人*姓名：_____

家長／監護人*簽署：_____

聯絡電話：_____

日期：_____

* 請刪除不適用者