

聖文德天主教小學通告 2020/019 號
有關接受「2020-2021 言語治療評估及服務」家長同意書事宜

親愛的家長：

本校已獲教育局撥款資助，於 2020-2021 年度繼續推行加強言語治療服務，以提升有需要學生的語言及溝通能力，有關詳情如下：

合作機構：	啟言堂言語治療及復康訓練中心
言語治療師：	楊穎玲姑娘
駐校時間：	逢星期二、五 上午 8:30 至下午 5:00 (全日或半日)
訓練長度：	每節約 40 分鐘 (於課堂、自習時段或課後時段進行)
訓練內容：	個別或 2-3 人小組形式之評估、跟進及治療服務 *因應疫情變化，言語治療師有機會安排 Zoom 課堂訓練
服務對象：	(1) 上學年曾接受校本言語治療服務之學生 (2) 透過校本或機構轉介機制，懷疑有以下一項或以上言語困難之學生 (如：發音、流暢度、聲線、語言表達、語言理解或溝通及社交溝通)

為讓言語治療師能更準確診斷學生需要，安排合適服務，評估或治療過程或會進行錄音及/或錄影，有關資料將予以保密，只供校內教學參考及進行講座培訓之用。此外，校方亦會將學生的言語治療服務的資料呈上教育局，以茲查照。

言語治療師將於 2020 年 10 月起陸續為有需要學生進行評估及覆檢服務，校方其後將另作通告，通知家長有關子女的言語治療類別及訓練模式。為讓家長更了解相關訓練內容，家長屆時亦可到校進行觀課，家長可於同意書中表明觀課意願，具體安排將稍後再作通知。

為讓言語治療師及早安排服務時間表及家長觀課時段，請家長填妥附件中的同意書，並於 **10 月 9 日 (五) 或之前** 交班主任轉交楊詠雯主任/彭靖斯老師辦理，逾期恕不受理。

如有任何查詢，可與楊詠雯主任/彭靖斯老師聯絡，電話 2320 2727。

主佑平安！



署理校長



李國釗

2020 年 9 月 22 日

(請繼續填寫附頁)

聖文德天主教小學
言語治療家長同意書(2020/21學年)
(請班主任轉交學校社工)

親愛的校長：

本人已詳閱學校通 2020/019 號有關接受「2020-2021 言語治療評估及服務」同意書事宜。

1.本人 同意 子女/受監護者_____ (____年____班)接受

「啟言堂言語治療及復康訓練中心」提供之言語治療評估及其跟進治療服務，並同意將 子女/受監護者 於 教育局/ 醫管局/ 資源中心的評估報告交予本校言語治療師作參考之用。另外，本人同意將 子女/受監護者 的言語治療服務的資料，呈交教育局及同意言語治療師為 子女/受監護者 安排錄音及/或錄影。本人明白有關資料將會絕對保密，只供校內作教學參考及進行講座培訓之用。

2.本人 不同意 子女/受監護者_____ (____年____班)接受

「啟言堂言語治療及復康訓練中心」提供之言語治療評估及其跟進治療服務。

3.本人 能夠 / 未克出席言語治療服務的家長觀課活動。(有興趣參與觀課的家長，稍後將獲個別通知。)

家長/監護人姓名：_____

家長/監護人簽署：_____

聯絡電話：_____

2020 年 月 日

*請在適當內加