



敬啟者：

【言語治療服務】

本校運用教育局發放的「加強言語治療津貼」為有需要的學生提供言語治療服務。本校已聘請「創思成長支援中心」之言語治療師鄭學琳女士到校為 貴子弟進行言語治療服務，以提升他們的語言及溝通能力。評估及治療服務將於課堂內或下午網上 TEAMS 進行，學生會按需要進行個別或小組治療，約每兩至三星期進行一次訓練，每節約 30 分鐘，而每位學生的訓練形式及次數，會由言語治療師視乎學生言語問題之嚴重程度而定，而訓練日期會在手冊內頁蓋印通知家長。言語治療師亦鼓勵家長陪同子女出席個別訓練，家長可以同步在家指導孩子練習，稍後亦會邀請家長面談或致電講解學生的訓練表現。

本校現徵求你的同意，把學生的有關資料紀錄於教育「特殊教育資訊管理系統 (SEMIS)」內，並按需要更新，所收集的資料，只作教育用途，資料將會保密。敬希家長鼓勵 貴子女參加言語治療服務，請簽覆回條交予特殊教育需要統籌主任鄭綽英主任。

此致
各家長

陳進華校長謹啟
二零二二年九月二日

✂-----

《 回 條 》 (22-007)

敬覆者：本人已知悉【言語治療服務】的通告內容，並* 同意 敝子弟接受言語能力評估、治療服務，並把有關評估及資料記錄於教育局的「特殊教育資訊管理系統」，只作教育用途。

言語治療服務的模式 (請在適當的方格內加 '☑')	
<input type="checkbox"/> 課堂內進行(上午 8:30 - 1:00)	<input type="checkbox"/> 下午 TEAMS(下午 2:30 - 3:15)

- * 有空 / 未能 陪同子女出席個別訓練，了解學生如何在家訓練。(待安排)
出席 / 不出席 星期四下午 3 時 30 分的家長個別面談*(TEAMS/實體)。(待安排)
不同意 敝子弟參加言語治療服務。

此覆
世界龍岡學校劉德容紀念小學校長

()班學生：_____

家長/監護人簽署：_____

家長/監護人電話：_____

二零二二年九月_____日

* 請在適當的方格內加“☑”

註:請班主任收齊通告後，交鄭綽英主任處理。