

2026-2027 年度

有關「『校本言語治療』服務 — 接受言語能力評估同意書」事宜

敬啟者：

為及早識別和適時輔導有言語障礙的學童，提升他們的言語能力，使他們能更有效地在課堂內學習，本校於本年度繼續申請了教育局「加強校本言語治療服務」撥款，為(1)懷疑有言語障礙的學生、(2)曾接受言語治療服務或評估的學生、(3)獲診所或其他機構轉介需參與言語治療服務的學生、(4)懷疑或有聽障的學生提供言語治療評估服務。現因應學生的需要，校方將為 貴子弟作言語能力的評估或覆檢，屆時言語治療師會於校內時間為 貴子弟進行評估及治療。如有需要，治療師亦會邀請家長到校了解情況。請填妥下列之評估同意書，於 _____ 前交予班主任。有關的言語治療報告將遞交教育局作提供言語治療服務的用途。

如有查詢，請致電 2320 8367 聯絡潘淑嫻老師。

此致

貴家長

校長： 趙懿蓮 謹啟
(趙懿蓮)

二零二____年____月____日

聖經金句：在你所作的一切事上，天主常與你同在。(創 21:22)

----- ✂ ----- 回 條 ----- ✂ -----

接受言語能力評估同意書 (2026-2027)

(請用正楷填寫)

甲部：同意書

本人* 同意 / 不同意 _____ 班 _____ 由本年度起直至離校為至，均接受校本言語能力評估及其跟進治療服務，以及將過往教育局/醫管局/資源中心/校本言語治療之言語評估/治療報告交予駐校言語治療師及提交教育局作為參考之用，以便校方能跟進有關敝子弟的評估結果及提供適切的支援，如本人欲終止校本言語治療服務，則會以書面通知校方處理。

乙部：家長提供的資料

有關言語治療服務，*小兒 / 小女 / 受監護者

☐ 從未接受過言語治療服務☐ 曾於 _____ 年在*校內 / _____ (機構名稱) 接受過言語治療服務☐ 現在於 _____ (機構名稱) 接受言語治療服務

(*刪去不適用之選項)

家長 / 監護人姓名(正楷)： _____

家長 / 監護人簽署： _____

日間聯絡電話： _____

日 期：二零二____年 _____ 月 _____ 日

負責老師：潘淑嫻老師