

2017 年度上學期 004
(學習支援小組)

聖公會基德小學
致學生家長函——學習支援計劃《言語治療服務》

敬啟者：

為照顧學生的個別差異及學習需要，本校將於九月開始，安排專業言語治療師到校，為患有不同程度言語障礙的學生提供言語治療服務，提升學生的語言理解及表達能力。現誠邀 貴子弟參加計劃，並希望 貴家長能抽空陪同學生參與治療及訓練，配合輔導計劃，以加強成效，而有關學生的資料及進展報告將呈報教育局。計劃詳情列下，敬請留意。

日期：2017 年 9 月至 2018 年 7 月

時間：星期一或星期五，上午 8 時 40 分至下午 4 時 30 分

內容：評估、個別面談及指導、小組治療、家長講座

費用：全免

- 備註：1. 言語治療師到校的確實日期將容後公佈，以便家長安排時間到校陪同其子弟參與治療及訓練。
2. 治療時間將因應學生的程度及實際需要而安排，故治療及訓練時間約在 20 至 30 分鐘之內。

此致

貴家長



校長_____

林 結 儀

主曆二零一七年九月四日



回 條

2017 年度上學期 004
(學習支援小組)

敬覆者：接獲有關「**言語治療服務**」函，本人知悉一切。

本人* 同意 / 不同意(原因:_____)敝子弟參加此服務。

此覆

聖公會基德小學林校長

() 年級 () 班

學生姓名：_____ ()

家長簽署：_____

主曆二零一七年九月_____日

* 請刪去不適用者

(請班主任將回條交曾俊主任跟進)