

2024 年度 021
(學生支援組)

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，安排香港言語及吞嚥治療中心之言語治療師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，有關學生的資料及進展報告將呈報教育局。計劃詳情如下，敬請留意。

日期：2024 年 9 月至 2025 年 7 月

時間：星期一、星期三或星期五，上午 8 時 30 分至下午 5 時正

內容：評估、個別面談及指導、小組治療

費用：全免

備註：

1. 如家長有意陪同其子弟參與言語治療課，請與李佩筠老師聯絡。言語治療師稍後將落實訓練日期，容後通知家長，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 分鐘之內完成。
3. 如有查詢，請致電 2320 3077 與李佩筠老師聯絡。

此致

各家長

校長 _____



霍燕玲

主曆二零二四年九月九日

回 條

2024 年度 021
(學生支援組)

敬覆者：接獲有關「言語治療服務」函，本人已知悉有關服務安排。

本人* 同意 / 不同意(原因: _____) 敝子弟參加此服務。

此覆

聖公會基德小學霍校長

() 年級 () 班

學生姓名：_____ ()

家長簽署：_____

主曆二零二四年九月 _____ 日

* 請刪去不適用者

(請於 9 月 12 日或前將回條交予班主任，再轉交李佩筠老師跟進)

