

「加強言語治療服務」家長同意書

本校繼續獲教育局資助推行加強言語治療服務，並由「仁健醫療服務公司」提供服務。言語治療師會定期到訪本校，為有需要的學生提供適切的言語治療服務，希望藉以改善及提升學生的語言及溝通能力。

於在學期間(小一至小六)，老師會轉介有需要的學生參與校本言語治療服務，直至他們的語言能力達到一定程度的改善或離校為止。為使校本言語治療師能作出更準確的診斷，學校會把學生的相關資料提供予言語治療師參考。學校亦會將學生的個人及言語障礙資料呈交教育局，並記錄於教育局的「特殊教育資訊管理系統(SEMIS)」內，並按需要更新，以作教育用途。請填妥下列回條，於 12 月 6 日或以前交回潘逸敏老師。

如有查詢，請致電 2712 1543 與潘逸敏老師聯絡。

此致

貴家長 台鑒

主曆二零二一年十二月三日



易惠如校長 啟

✂

覆 函

敬覆者：

茲收到 貴校二零二一年度第 84 號通告，知悉學校有關加強言語治療服務通告的內容，端此函覆。

本人 ☐ * 同意 # 敝子女/受監護者 _____ 班學生 _____ 接受學校提供的加強言語治療服務。

- 在入讀學校期間，接受校本言語治療的能力評估及有關的跟進服務，言語治療師的評估結果會通知學校。
- 本人明白為使校本言語治療師能作出更準確的診斷，學校會把學生的相關資料提供與校本言語治療師參考。
- 本人允許學校將學生的個人及言語障礙資料呈交教育局，記錄在教育局的「特殊教育資訊管理系統(SEMIS)」內，並按需要更新，以作教育用途。

本人 ☐ * 不同意 # 敝子女/受監護者接受學校提供的加強言語治療服務。

原因： _____

此致

基督教香港信義會紅磡信義學校

易惠如校長 台鑒

* 請在適當方格內加上✓號
請刪去不適用者

家長/監護人簽署： _____

家長/監護人姓名： _____

聯絡電話： _____

日期： _____

主曆二零二一年十二月六日