

東灣莫羅瑞華學校

致家長通告 編號:LP1702

校本言語治療服務

敬啟者:

本校獲教育局資助推行校本言語治療服務。言語治療師將每星期駐校五天，為有需要的學生提供適切的言語治療服務，使他們能更有效地在課堂內學習。校本言語治療服務的內容包括：

1. 為懷疑有言語障礙的學生進行言語能力評估；
2. 為有言語障礙的學生提供治療及跟進服務；
3. 為教師及家長提供諮詢服務及培訓；
4. 為全校設計及舉辦主題活動，提升學生的語言能力。

於在學期間，教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，學校會將學生的相關資料提供予校本言語治療師參考。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，及按需要更新，以作教育用途。

若閣下同意 貴子弟接受校本言語治療服務，請填妥下列回條，並交回班主任辦理。日後如家長希望更改意願，請隨時向班主任提出，以便校方跟進。

如有查詢，煩請致電2980 2383 與黃慧雅姑娘聯絡。

校長

卓德根

(卓德根)



二零一七年九月十三日

回 條

通告編號：LP1702

校本言語治療服務

敬覆者:

本人已知悉學校有關校本言語治療服務通告的內容。

本人 * 同意敝子弟在入讀學校期間，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。同時，本人允許校方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，及按需要更新，以作教育用途。本人亦明白為使校本言語治療師能作出更準確的診斷，校方會將學生的相關資料提供與校本言語治療師參考。

本人 * 不同意敝子弟接受校方提供的校本言語治療服務。

原因：_____

此覆

東灣莫羅瑞華學校校長

家長/監護人簽署：_____

家長/監護人姓名：_____

學生姓名：_____

聯絡電話：_____

日期：_____

*請在適當的方格內填上別號

請將本回條於二零一七年九月十八日前，交回黃慧雅姑娘。

個人資料收集聲明

根據《個人資料(私隱)條例》，你有權要求查閱或更改有關學生的個人資料。如欲行使這些權利，請聯絡學生現就讀的學校，並提出申請。