

秀茂坪天主教小學
2017-2018 年度校本言語治療服務

各位家長：

本校為了提昇學生的溝通及語言能力，本年度將繼續推行「校本言語治療服務計劃」。現安排轉介 貴子弟接受駐校言語治療師的診斷，以作進一步的評估及跟進。 貴子弟接受言語治療的有關資料只用作診斷、進度評估及改善學生學習的用途，學生完成治療後，相關資料將會銷毀。

請家長閱畢通告後，簽署回條，交回班主任收集辦理。如有任何查詢，請致電本校 2348 4218 與吳荷冰主任聯絡。



校長  謹啓

主曆二零一七年九月十三日

✂-----

回 條 (請在合適的□內加✓)

N2017- 016 (冰)

敬覆者：

本人已知悉有關 2017-2018 年度校本言語治療服務詳情。

本人 同意
 不同意

敝子弟接受駐校言語治療師的評估及有關的跟進服務。

此覆

秀茂坪天主教小學

_____ 年級 _____ 班

學生姓名：_____ ()

家長／監護人簽署：_____

家長／監護人姓名：_____

聯 絡 電 話：_____

主曆二零一七年九月 日