

教育局

Education
Bureau

九龍工業學校
九龍長沙灣道 332-334 號

Kowloon Technical School
332-334 Cheung Sha Wan Road, Kowloon
Tel(電話): 2386 0737 Fax(傳真): 2708 9958



家長 / 監護人:

校本言語治療服務通告 (6號)

本校獲教育局資助推行校本言語治療服務。校本言語治療師會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;

為使校本言語治療師能作出更準確診斷，學校會把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，並按需要更新。

若閣下同意 貴子女/受監護者接受校本言語治療服務，請填妥下列回條，並交回張智慧老師辦理。日後如家長希望更改意願，請隨時提出，讓校方跟進。如需查詢，請致電 2386 0737 聯絡張智慧老師。



校長 _____ 謹啟
胡麗蘊

二零二五年九月三日

(請填妥回條並於服務前交回張智慧老師/教學助理存檔)

回 _____ 條

校本言語治療服務 - 家長同意書

九龍工業學校胡校長:

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*敝子女/受監護者 _____ 班 學生 _____ () 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。同時，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。本人亦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 ☐ 不同意*敝子女/受監護者接受校方提供的校本言語治療服務。

原因: _____

家長簽署: _____

家長姓名: _____

中 _____ 班 學生姓名: _____ (班號: _____)

家長電話: _____ 學生電話: _____

二零二 _____ 年 _____ 月 _____ 日

[2526活動通告 (6號)]