

仁德天主教小學
2017-2018 年度 通告第 22 號
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，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。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，以作教育用途。此外，我們或會於評估、治療及訓練活動期間進行錄音及/或錄影，所得資料只作服務安排、教學分享及講座培訓之用，有關學童的資料絕對保密。

請 貴家長填妥「家長同意書」，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，讓校方跟進。

如有任何查詢，請致電 2463 6171 與陳彥晞主任或社工葉嘉維姑娘聯絡。

此致
貴家長



仁德天主教小學校長

陳善科

(陳善科)

謹啟

二零一七年九月六日

仁德天主教小學
校本言語治療服務
家長同意書

敬覆者：

頃閱 貴校 2017-2018 年度通告第 22 號有關「校本言語治療服務」事宜，內容業已知悉。

本人 * 同意 / 不同意 (請註明原因：_____)

敝子女/受監護者 _____ 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。

此覆

仁德天主教小學校長

學生姓名：_____

家長/監護人簽署：_____

家長/監護人姓名：_____

聯絡電話：_____

二零一七年九月 日

* 請在適當的方格內填上✓號