

光明學校 2016-2017 年度上學期

家庭通訊訓字第 8 號

_____ 學生家長/監護人：

校本言語治療服務

家長同意書

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一天，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. 為老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。

於在本校就讀期間（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。言語治療課將安排在上課日期內進行，家長亦可進行觀課，欲觀課之家長需在觀課日期三天前聯絡戴健紅主任，以便安排。

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。

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，並交回戴健紅主任辦理。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。

如有查詢，請致電 24796608 與戴健紅主任聯絡。

校長：_____（邢 毅）
二零 年 月 日

簽

校本言語治療服務

家長同意書

(回條)

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。

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: _____

學生個人資料

學生就讀學校: 光明學校

學生姓名: _____

教育局學生編號: _____

家長/監護人簽署: _____

家長/監護人姓名(正楷): _____

電話: _____

學生就讀班級: _____

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。