

觀塘官立小學

_____班_____家長：

有關【校本言語治療服務計劃】事宜

本校每年均運用教育局撥款，為學生提供校本言語治療服務。現徵詢家長同意，讓校本言語治療師於校內時間，為你的子女進行評估及治療（如需要），治療師亦會適時邀請家長到校了解情況。

校長：_____（負責老師：劉慧嫻主任、張佩玲老師）

二零一八年九月十八日

✂-----

回條(請詳閱後簽署，於九月十九日交回李方珊老師)

觀塘官立小學
謝校長：

2018-19 年度特別通告第 18 號 有關【校本言語治療服務計劃】事宜，本人經已知悉。

本人 * 同意/ 不同意 我的子女接受 觀塘官立小學 校本言語治療師提供之言語/語言能力評估及跟進治療服務，並授權 觀塘官立小學 將有關我的子女的其他評估及或治療報告(如有)交予言語治療師作為參考之用。

(*請在適當的空格內加✓)

() 年級(禮/愛/勤/誠)班學生 _____ ()

家長簽署：_____

家長姓名：_____

二零一八年九月_____日