

觀塘官立小學

_____班 _____家長：

有關【邀請家長出席言語治療訓練課】事宜

在教育局撥款下，本年學校將為有發音及語言溝通障礙之學生提供「校本言語治療服務」，駐校言語治療師會進行個別學生的評估工作，從而設計適切的言語治療服務。此外，言語治療師亦會為家長提供個別的專業意見及訓練家長掌握改善學生問題的技巧。

現誠邀家長出席子女的言語治療訓練課，你的參與對孩子的改善有很大幫助，期望你能抽空出席。訓練課細節如下：

日期					
時間					
地點	本校四樓小組輔導室				

校長：_____

(負責老師：劉慧嫻主任、謝燦青老師)

二零一八年十月三十日

✂-----

回條 (請詳閱後簽署，於十月三十一日交回許詠婷/李方珊老師)

觀塘官立小學

謝校長：

2018-19 年度特別通告第 40 號 有關【邀請家長出席言語治療訓練課】事宜，經已知悉。

本人 將準時出席下列的言語治療訓練課，

出席日期為：_____, _____, _____, _____, _____

 無暇出席子女的言語治療訓練課，原因：_____

()年級(禮/愛/勤/誠)班學生：_____ ()

家長簽署：_____

二零一八年十月_____日