

聖公會聖匠小學
2023 至 2024 年度通告 第 016/2023 號
有關「加強校本言語治療服務」事宜

敬啟者：

為了讓學校更有效地支援有言語障礙的學生，協助他們在學習、溝通及讀寫能力方面的發展，本校本年度推行「加強校本言語治療服務」。校本言語治療師駐校日數將會增加，以協助學校、教師和家長支援有語障的學生。本計劃以個別或小組形式上課，為有語障的學生，提供與學習相關的治療，亦可透過家校合作，讓學生在課堂上及日常生活中活學活用語言技巧。

有需要的學生會經班主任、老師或其他機構轉介，再交由本校言語治療師評估。貴子弟(_____ 班 _____)符合資格參加「加強校本言語治療服務」計劃，請貴家長填妥下列回條，交回盧嘉蓉主任，以便安排本年度的言語治療服務事宜。

| 2023/2024 年度「加強校本言語治療服務」詳情 | |
|----------------------------|---|
| 治療課日期： | 按校本言語治療師駐校日期輪流為有需要的學生進行治療 (以便條形式通知個別學生上課時間) |
| 時間： | 上課時間內 |
| 地點： | 本校特別室 |
| 備註： | 1. 鼓勵家長出席課堂 (如家長時間許可，學校建議出席全部課堂；以便學習治療技巧，並於家中給予孩子治療協助)。 2. 如教育局宣布停課或電子網上授課，言語治療訓練會改在網上進行，而上課日期及時間將會另行通知。 |

如有任何查詢，請致電 2333 2313 與盧嘉蓉主任聯絡。

此致
貴家長

2023 年 9 月 4 日



校長



謹啟

【回條】

(請在 內加上 號)

敬覆者：本人頃接 貴校通告第 016/2023 號，有關「加強校本言語治療服務」事宜，並明白其中內容。

本人同意 敝子弟參加「加強校本言語治療服務」，並將 敝子弟的資料記錄於教育局「特殊教育資訊管理系統」(SEMIS)內，按需要更新，以作教育用途；並在 敝子弟有需要轉校時，該系統將自動傳送資料給 敝子弟新入讀的學校。

本人不同意 敝子弟參加「加強校本言語治療服務」。

此覆
聖公會聖匠小學校長

_____ 班 學生姓名：_____ ()

家長姓名：_____

家長簽署：_____

聯絡電話：_____

2023 年 9 月 日