

言語治療所 兒童治療服務
(課程編號：TOM22-201911P)

心智 解讀

訓練小組

日期
27/11、4/12、11/12、18/12
(共四節)

時間 逢星期三 下午 5:00-6:15

地點 言語治療所

導師 本所言語治療師

名額 3-4 位(鼓勵一名家長陪同)

全期費用 HK\$1,560

透過小組遊戲、角色扮演、故事活動、影片播放等，讓幼兒學習以下技能：

- 建立簡單交友技巧
- 發展視線偵測及互聯注意的能力
- 了解及調節自己的情緒及行為
- 理解別人的想法及推測別人的行為
- 發展同理心

對象：4-6 歲已確診有自閉症或社交能力較弱之幼兒(未確診者須先安排接受識別篩查，另收費 HK\$475，日期及時間另議)

報名方法：請於開課日前，填妥報名表及連同劃線支票(支票須註明支付【香港理工大學】，並請於支票背面寫上學童姓名及聯絡電話)，親臨或郵寄至香港理工大學言語治療所。

九龍紅磡
香港理工大學 EF701 室
言語治療所

查詢
☎ 3400 3636
speech@polyu.edu.hk

星期一至六
0900-1300 1400-1800

星期日及公眾假期
休息

STU No. (本所專用):

言語治療所 兒童治療服務 報名表

課程名稱	心智解讀訓練小組(下午)	課程編號	TOM22-201911P	
學童姓名	(中文) <input type="text"/>	(英文)	<input type="text"/>	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	日/ 月/ 年	年齡:
就讀學校	<input type="text"/>	就讀班級	<input type="text"/>	
聯絡人	<input type="text"/>	關係	<input type="text"/>	
家長電話	<input type="text"/>	電郵地址	<input type="text"/>	
通訊地址	<input type="text"/>			

- (1) 學童曾否確診有自閉症/自閉症傾向?
 已確診 (報名時請附上診斷報告副本)
 未確診 (須先安排接受識別篩查, 另收費 HK\$475, 日期及時間另議)
- (2) 學童確診有以下特殊教育需要 (報名時請附上診斷報告副本):
 注意力不足/過度活躍症 自閉症 言語障礙 特殊學習困難/讀寫障礙
 聽力障礙 視覺障礙 肢體傷殘 智力障礙 精神病
- (3) 學童之主要溝通語言:
 廣東話 英文 普通話 其他: _____
- (4) 如何得知本所服務:
 本所網頁 本所 FB 學校 醫生轉介 朋友 其他: _____

- (a) 報名及收費政策:
- 請於開課日前, 填妥報名表及連同劃線支票(支票須註明支付【香港理工大學】, 並請於支票背面寫上學童姓名及聯絡電話)、診斷報告副本, 親臨或郵寄至香港理工大學言語治療所。
 - 本所職員將個別聯絡家長確定是否取錄; 如人數不足或未獲取錄, 本所將通知家長及安排退款。
 - 確定取錄後, 所繳費用恕不退還或轉讓。
 - 如因惡劣天氣或本所職員通知而取消課堂, 本所將安排補課。
 - 如學童因病或私人理由缺席課堂, 本所恕不補課或退款, 敬請留意。
- (b) 使用個人資料作直接促銷:
- 香港理工大學言語治療所(以下簡稱為「言語治療所」) 擬不定時使用你的姓名、通訊地址、電話號碼、傳真號碼及電郵地址以通知你有關以下活動/服務/宣傳: 言語治療所舉辦/合辦或其他相關機構舉辦的活動或講座; 言語治療所或其他相關機構提供的優惠/折扣/推廣活動; 及為慈善/公益/教育/社區或其他目的邀請捐贈/貢獻/參與。除非得到你的同意, 言語治療所不會使用你的個人資料作直接促銷。如閣下希望言語治療所在直接促銷中使用閣下的個人資料, 請你在下列方格內加上剔(✓)號。
 本人同意言語治療所使用我的個人資料發出以上所述推廣資訊。
 - 閣下可隨時以書面或電郵方式(speech@polyu.edu.hk) 向言語治療所申明是否願意繼續接收有關資訊。

本人謹聲明以上資料乃由本人自願提供。

簽署

日期

寄: 九龍紅磡 香港理工大學 EF701 室
 中文及雙語學系 言語治療所
 心智解讀訓練小組(課程編號 TOM22-201911P)

電話: 3400 3636

傳真: 2788 1392

電郵: speech@polyu.edu.hk