

聽障人士言語治療訓練課程 (2018年9-10月[週六])

對象：已診斷有聽力障礙的兒童或成人

課程語言：廣東話

日期：1/9, 8/9, 15/9, 22/9, 29/9, 6/10 (逢星期六上午/下午)

內容：6節個別言語治療(新參加者為1節評估及5節個別訓練)
*訓練由理工大學言語治療碩士學生計劃及推行，
由擁有豐富臨床經驗言語治療師督導

費用：港幣\$360.00

(*報名時請同時以支票繳交費用，支票抬頭：香港理工大學)

#參加者缺席課堂或退出課程均不設退款或補課

本治療所職員將會以電話及電郵方式與家屬確認學額，如在確認後退出之參加者需要繳交一半課程費用。

截止日期：2018年8月17日

報名方法：填妥之報名表格、支票及有關文件請寄往：

中文及雙語學系—言語治療所

紅磡香港理工大學 F 座 7 樓 EF701 室

{信封請註明：聽障人士言語治療訓練課程 (2018年9-10月[週六])}

#注意事項:

1. 若因其他原因缺席或退出課程均不設退款或補課。
2. 課程需要錄音及錄影，以作內部教學及跟進學童進度之用。

如有任何查詢，請聯絡言語治療所職員 夏小姐 或 廖小姐

(電話: 3400 3636，傳真號碼: 2788 1392，電郵: speech@polyu.edu.hk)

聽障人士言語治療訓練課程 (2018年9-10月 [週六]) 報名表格

參加者姓名：_____ (中文) _____ (英文)

出生日期：_____ 年齡：_____ 性別：男 / 女

就讀學校名稱(如適用)：_____ 就讀班級：_____

聽障情況：(請以✓選擇)

左耳： 正常 輕度障礙 中度障礙 嚴重障礙

右耳： 正常 輕度障礙 中度障礙 嚴重障礙

佩帶助聽器： 有 沒有

曾接受人工耳蝸手術(請註明日期：_____年_____月)

參與者 * 有/沒有 其他學習障礙：(* 請刪去不適用者)

[如有，請以✓選擇及附上診斷報告作安排課程之用]

自閉症 讀寫障礙 言語障礙

自閉症傾向 過度活躍 其他：_____

參加者曾否參與本診所舉辦的活動及服務？ 有 沒有

曾參與活動名稱：_____

選擇時段：(請以 **1-3** 選擇先後次序；**1**為最適合，**3**為可安排時段)

治療訓練日期：1/9, 8/9, 15/9, 22/9, 29/9, 6/10 (逢星期六上午/下午)	
<input type="checkbox"/> 上午 09:15 - 上午 10:10	<input type="checkbox"/> 下午 02:15 - 下午 03:10
<input type="checkbox"/> 上午 10:15 - 上午 11:10	<input type="checkbox"/> 下午 03:15 - 下午 04:10
<input type="checkbox"/> 上午 11:15 - 中午 12:10	<input type="checkbox"/> 下午 04:15 - 下午 05:10

聯絡人/家長資料：

姓名：_____ 聯絡電話：_____

電郵：_____

住址：_____

你是否願意透過電郵收到本言語治療所及康復治療診所的服務資訊？(請加✓號)

願意(電郵：_____) 不願意

參加者/聯絡人簽署：_____