

學童個別言語治療訓練課程 (2019年1-3月)

- 對 象 : 2 - 6 歲半，已診斷有言語障礙或懷疑有言語能力困難的學童
- 時 段 : 2019年1月16日 至 3月29日 (逢星期三、四或五。當中十星期內)
- 內 容 : 1 節評估，9 節個別訓練 (每節約 1 小時) 訓練由香港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
- 課程語言 : 廣東話 / 英文
- 費 用 : 課程合共 HK\$3,200.00
★報名時請同時以支票繳交費用，**支票抬頭：香港理工大學**
#學童缺席課堂或退出課程均不設退款或補課#
- 截止日期 : 2018年12月3日 (星期一)
- 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：**學童個別言語治療訓練課程 (2019年1-3月)**}

- #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
 3. 本治療所職員將會以電話及電郵方式與家長確認學額，如在確認後退出之參加者需要繳交一半課程費用
- 如有任何查詢，請聯絡言語治療所職員 廖小姐 或 夏小姐
電話：3400 3636；傳真號碼：2788 1392；電郵：speech@polyu.edu.hk

學童個別言語治療訓練課程 (2019年1-3月)

報名表

學童姓名：(中文) _____ (英文) _____

出生日期： _____ 年齡： _____ 性別： _____ 男 / 女 _____

就讀學校名稱： _____ 就讀班級： _____

家長／聯絡人姓名： _____ 與學童關係： _____

聯絡電話： _____ 電郵： _____

訓練語言： _____ 廣東話 / 英文 _____

(必須填寫)

1. 學童 *曾 / 未曾 接受心理學家 / 醫生 / 言語治療師評估。診斷結果：(請以✓選擇。)

自閉症 自閉症傾向 讀寫障礙 言語障礙 過度活躍 其他： _____

[請附上診斷報告作安排課程之用]

2. 學童有否接受言語治療訓練？(請以✓選擇) 有 沒有

(如有，請提供訓練機構：*理工大學言語治療所(訓練時段： _____)；

訓練模式：*小組 / 個別；訓練日期： _____)

3. 選擇時段：(請以1-5選擇先後次序。1為最適合時段；5為可安排時段)

星期三 (16/1, 23/1, 30/1, 13/2, 20/2, 27/2, 6/3, 13/3, 20/3, 27/3)	星期四 (17/1, 24/1, 31/1, 14/2, 21/2, 28/2, 7/3, 14/3, 21/3, 28/3)	星期五 (18/1, 25/1, 1/2, 15/2, 22/2, 1/3, 8/3, 15/3, 22/3, 29/3)
<input type="checkbox"/> 上午時段 (9 - 12 時 15 分)	<input type="checkbox"/> 上午時段 (9 - 12 時 15 分)	<input type="checkbox"/> 上午時段 (9 - 12 時 15 分)
<input type="checkbox"/> 下午時段 (2 - 5 時 15 分)		<input type="checkbox"/> 下午時段 (2 - 5 時 15 分)

4. 如何得知本所訓練課程：(請以✓選擇)

學校介紹 診所網頁 報刊 朋友介紹 其他： _____

5. 你是否願意透過電郵收到本言語治療所的服務資訊？(請以✓選擇)

願意 (電郵：*同上 / _____) 不願意

#是次課程需要錄音及錄影，以作內部教學及跟進學童進度之用。

家長簽署： _____

日期： _____

*刪去不適用者