

## 單次個別言語能力評估 (2018 年10 - 11 月)

(學童將會優先入選2019年1 - 3月學童個別言語治療訓練課程)

- 對象 : 2 - 12 歲 · 懷疑有言語能力困難的學童
- 時段 : 2018年10月16日 至 11月29日 (其中一個星期三, 四或五)
- 形式 : 個別評估 (約50分鐘)
- 內容 : 30 – 35 分鐘面見, 15分鐘解釋學童能力, 並附上簡報一份。評估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
- 費用 : HK\$300.00 (額滿即止)
- \*(報名時請同時以支票繳交費用, 支票抬頭: 香港理工大學;)
- #若學童當日因任何原因未能出席, 均不設退款或補課
- 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: 單次個別言語能力評估 (2018 年 10-11 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

如有任何查詢, 請聯絡言語治療所夏小姐 或 廖小姐

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

## 單次個別言語能力評估 (2018 年10 - 11 月)

### 報名表

學童姓名：(中文) \_\_\_\_\_ (英文) \_\_\_\_\_

年齡：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_ 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：\_\_\_\_\_

I. 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]

II. 學童有否接受言語治療訓練? (請加以√號)  有  沒有

(如有, 請提供訓練機構: \* 言語治療所 / \_\_\_\_\_ ;

訓練模式: \*小組/個別; 訓練時段 \_\_\_\_\_)

III. 選擇時段: (請以 1-4 選擇先後次序。1 為 最適合 時段; 4 為 可安排 時段)

星期三	星期四	星期五
<input type="checkbox"/> 上午 10:00 - 10:50	<input type="checkbox"/> 上午 10:00 - 10:50	<input type="checkbox"/> 上午 10:00 - 10:50
<input type="checkbox"/> 上午 11:00 - 11:50	<input type="checkbox"/> 上午 11:00 - 11:50	<input type="checkbox"/> 上午 11:00 - 11:50
<input type="checkbox"/> 下午 2:30 - 3:20		
<input type="checkbox"/> 下午 3:30 - 4:20		
<input type="checkbox"/> 下午 4:30 - 5:20		

IV. 如何得知本所訓練活動：(請以√選擇)

學校介紹  診所網頁  報刊  朋友介紹  其他 \_\_\_\_\_

V. 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: \_\_\_\_\_ )  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：\_\_\_\_\_