

香港理工大學 言語治療所

兒童讀寫障礙診所

English Reading & Spelling Training Workshop (Stage 1) 英文讀寫訓練小組 (階段一)

課程對象

英文字詞認讀、串字及拼音能力弱，或已確診有英文特殊讀寫困難之小學一至三年級學童

診所導師

臨床導師及言語治療師 李穎怡 博士

訓練前評估

日期：2019年2月16日 (星期六)

時間：下午 費用：HK\$550.00

*報名時請連同表格及支票繳交費用，支票抬頭：香港理工大學；

#本治療所職員將致電確認參加者名額；如確認後退出之參加者需要繳交全部評估費用

內容：(1) 非語文智能測試；(2) 視覺空間及記憶甄別測試；

(3) 英文單字朗讀；(4) 英文單字讀默 及 (5) 英文語音認知能力

名額有限
先到先得

訓練課程

日期： (共8節)	逢星期六： 2019年2月23日； 2019年3月2、9、16、23及30日； 2019年4月6及13日
時間：	早上11:15—下午12:30
地點：	香港理工大學 EF701 言語治療所
費用：	HK\$4,400.00

備註：治療師會根據訓練前評估的結果，分析學童是否適合參予該訓練課程

課程內容簡介

本課程參考美國Orton Gillingham的英文拼讀方法(www.orton-gillingham.com)，及包含在學術研究中指出學習英文字的重要元素，加上李博士在讀寫治療的臨床經驗，針對性地對認讀或默寫英文有困難之本港學童提供一套有系統的讀寫課程，有別於只着重拼音(phonics)的治療方法。是次課程為階段一，旨在提升學童對英文語音的敏感度，教導簡單的拼音規則，讓學童可有信心地運用已掌握的拼音技巧認讀及默寫簡單的英文生字。

報名請電：3400 3636

傳真：2788 1392

電郵：speech@polyu.edu.hk

英文讀寫訓練小組 (階段一) 2019 報名表格

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：_____

家長姓名：_____ 聯絡電話：_____

電郵：(必須填寫) _____

學童必須出席 2019 年 2 月 16 日(星期六) 訓練前評估

評估時間： 2019 年 2 月 16 日 (星期六) 下午 (職員會透過電話方式確認評估時間)

學童在英文讀寫的困難： 認讀生字 串字 閱讀理解 會話 其他 _____

請詳細形容上述困難：_____

學童曾否參與本診所舉辦的活動及服務?

有 (曾參與活動名稱：_____) 沒有

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 讀寫障礙 言語障礙
 自閉症傾向 過度活躍 其他：_____

[請附上診斷報告作安排課程之用]

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。

家長簽署：_____ 日期：_____

請將已填妥之報名表格，評估費用(支票)及連同相關報告副本(如有)郵寄到：

地址：紅磡香港理工大學 F 座 7 樓 EF 701 室(中文及雙語學系，言語治療所)

詳情可瀏覽本診所網頁：<http://st.cbs.polyu.edu.hk> 或 Facebook (Polyu Speech Therapy Unit)

電郵：speech@polyu.edu.hk

查詢電話：3400 3636

傳真號碼：2788 1392