

單次個別言語能力評估 (2019 年10 - 11 月)

- 對象 : 2 - 12 歲，懷疑有言語能力困難的學童
- 時段 : 2019年10月19日 至 11月30日 (其中一個星期六)
- 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\$320.00 (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 (2019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 廖小姐 或 夏小姐。

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 (2019 年10 - 11 月)

報名表

學童姓名：(中文) _____ (英文) _____

年齡：_____ 出生日期：(日) _____ / (月) _____ / (年) _____ 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：_____

➤ 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：_____

[如有報告，請附上診斷報告作安排課程之用]

➤ 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：_____)

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

日期：星期六	時間
<input type="checkbox"/> 19/10/2019	<input type="checkbox"/> 09:00 – 09:50
<input type="checkbox"/> 26/10/2019	<input type="checkbox"/> 10:00 – 10:50
<input type="checkbox"/> 02/11/2019	<input type="checkbox"/> 11:00 – 11:50
<input type="checkbox"/> 09/11/2019	<input type="checkbox"/> 14:15 – 15:05
<input type="checkbox"/> 16/11/2019	<input type="checkbox"/> 15:15 – 16:05
<input type="checkbox"/> 23/11/2019	<input type="checkbox"/> 16:15 – 17:05
<input type="checkbox"/> 30/11/2019	

➤ 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：_____

➤ 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。

★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：_____