



龍翔官立中學

LUNG CHEUNG GOVERNMENT SECONDARY SCHOOL

Address: 1 Ma Chai Hang Road, Wong Tai Sin, Kowloon.

Tel(電話): 23234202

Website(網址): <http://www.lcgss.edu.hk>

地址: 黃大仙馬仔坑道一號

Fax(傳真): 23202246

E-mail(電子郵件): lcgss@edb.gov.hk

活動通告(70) (2021/2022)
校本言語治療服務 - 家長同意書

敬啟者:

本校獲教育局資助推行校本言語治療服務。校本言語治療師會為有需要的學生提供適切的言語治療服務，使他們能更有效地在課堂內學習。校本言語治療服務內容包括:

1. 為懷疑有言語障礙的學生進行言語能力評估;
2. 為有言語障礙的學生提供治療及跟進服務;

於在學期間(中一至中六)，老師會轉介有需要的學生參與校本言語治療服務，直至他們的語言能力達到一定程度的改善或離校為止。為使校本言語治療師能作出更準確診斷，學校會把學生的相關資料提供予校本言語治療師參考。學校亦會將學生的個人及言語障礙資料呈交教育局，並記錄於教育局的「特殊教育資訊管理系統(SEMIS)」內，並按需要更新，以作教育用途。

若閣下同意 貴子女/受監護者接受校本言語治療服務，請填妥下列回條，並交回吳秀娟老師辦理。日後如家長希望更改意願，請隨時提出，讓校方跟進。

如有查詢，請致電 2323 4202 與萬兆聰老師或吳秀娟老師聯絡。

校長



謹啟

翁翠華

二零二二年五月三日

回條

校本言語治療服務 - 家長同意書

龍翔官立中學翁校長:

本人已知悉學校有關校本言語治療服務通告的內容。

本人 同意*敝子女/受監護者_____班學生() 在人讀學校期間，接受校本言語治療的能力評估及有關的跟進服務。同時，本人允許學校將學生的個人及言語障礙資料呈交教育局，記錄在教育局的「特殊教育資訊管理系統(SEMIS)」內，並按需要更新，以作教育用途。本人亦明白為使校本言語治療師能作出更準確的診斷，學校會把學生的相關資料提供與校本言語治療師參考。

本人 不同意*敝子女/受監護者接受校方提供的校本言語治療服務。

原因: _____

家長簽署: _____

家長姓名: _____

二零二二年 月 日

請在適當的□內加✓

個人資料收集聲明: 根據《個人資料(私隱)條例》，你有權要求查閱或更改有關學生的個人資料。如欲行使這些權利，請聯絡學生現就讀的學校，並提出申請。