

2025/2026年度學校特別通告

第S013號

有關「學習支援計劃—校本言語治療服務」事宜

各位家長：

為及早識別和適時輔導有言語障礙的學童，提升他們的言語能力，使他們能更有效地在課堂內學習，本校繼續為(1)懷疑有言語障礙的學生、(2)曾接受言語治療服務或評估的學生、(3)獲診所或其他機構轉介需參與言語治療服務的學生、(4)有社交障礙的學生提供言語治療評估及治療服務。校方將會因應學生的需要，為他們安排言語能力的評估。

本校本年度將委託「香港言語發展及復康中心有限公司」的言語治療師為本校提供「校本言語治療服務」，藉此改善有關學生所出現的語言問題。言語治療師會在學生上課日到校，按學生的需要提供治療服務。

本校一向著重照顧學生的全面發展需要，故特提供以上言語評估及治療服務，旨在個別評估及治療學生之咬字發音及言語能力。敬請家長填妥回條，著貴子女於 9月19日或以前交回班主任。如有垂詢，請致電2122 9494與詹碧坤主任聯絡。

校長：俞景慈

二零二五年九月十六日

25/26 CIRS013doc
(負責老師：詹碧坤主任)

我們的辦學宗旨

本校秉承「仁、樂、進、勤」的校訓，使學生在德、智、體、群、美五方面得到均衡的發展；培養學生做一個有正確價值觀、積極人生觀的好公民；提供多元化的課外活動，鼓勵學生積極參與，培養他們與人合作、關懷別人和謙讓的品德。

仁樂進勤

接受言語能力評估及治療同意書 (25-26)

甲部：評估同意書

本人 *同意 / 不同意 *小兒 / 小女 / 受監護者

_____班 _____ () 接受言語能力評估，以便校方能跟進有關 敝子弟的評估結果及提供適切的支援。

乙部：家長提供的資料

有關言語治療服務， *小兒 / 小女 / 受監護者

從未接受過言語治療服務

曾於 _____ 年在 * 校內 / _____ (機構名稱) 接受過言語治療服務

現在於 _____ (機構名稱) 接受言語治療服務

丙部：接受治療同意書

本人 同意 *小兒 / 小女 / 受監護者 接受言語治療服務，並同意校方把本人子女的個人資料提供予所委託的機構與及有關資料記錄於教育局的「特殊教育資訊管理系統」(SEMIS)內，並按需要更新，以作教育用途；在學生有需要轉校時該系統會自動將資料傳送給他/她新入讀的學校。

本人 不同意 *小兒 / 小女 / 受監護者 接受言語治療服務。

丁部：家長觀課意願

本人有意與子女一同出席言語治療服務，以了解如何協助子女得到更佳的治疗效果。

本人無暇參與言語治療服務。

此 覆

北角官立小學(雲景道) 俞校長

家長 / 監護人簽署： _____

家長 / 監護人姓名(正楷)： _____

聯絡電話： _____

年 月 日

備註：

1. 請在適當的方格內加「✓」
2. * 請刪去不適用者
3. 請用正楷填寫
4. 請在適當地方填寫有關資料
5. 簽妥後請交回班主任，再轉交詹碧坤主任。

25/26 CIRS013doc
(負責老師：詹碧坤主任)