

學童個別言語治療訓練課程（廣東話/普通話）（2017年5-7月）

- 對象 : 2 - 12 歲，已診斷有言語障礙或懷疑有言語能力困難的學童
- 時段 : 2017年5月22日 至 7月18日 (逢星期一、二、三、四或五)
- 內容 : 1 節評估，7 節個別訓練 (每節約 1 小時) 訓練由香港理工大學言語治療碩士學生計劃及推行，並由擁有豐富臨床經驗言語治療師督導
- 課程語言 : 廣東話 或 普通話
- 費用 : 課程合共 HK\$2,400 (共八節課堂)
- *報名時請同時以支票繳交費用，支票抬頭：香港理工大學；
#本治療所職員將以電郵或致電確認參加者名額；如確認後退出之參加者需要繳交課程費用的一半

報名時段 : 2017年4月5日 至 4月24日

報名方法 : 填妥之報名表格、支票及過往診斷報告副本寄往：

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：學童個別言語治療訓練課程 (2017年5-7月)}

注意事項:

- # 課程需要錄音及錄影，以作內部教學及跟進學童進度之用
- # 參加者如缺席課堂或退出課程均不設退款或補課

如有任何查詢，請聯絡言語治療所夏小姐或杜小姐

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

學童個別言語治療訓練課程（廣東話/普通話）（2017年5-7月）

報名表

學童姓名：(中文) _____ (英文) _____

出生日期： _____ 年齡： _____ 性別： _____ 男 / 女 _____

課程語言： 廣東話 / 普通話

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 1-5 選擇先後次序。1 為 最適合 時段; 5 為 可安排 時段)

星期一	星期二	星期三	星期四	星期五
<input type="checkbox"/> 上午 09:15-11:05	<input type="checkbox"/> 上午 09:15-11:05	<input type="checkbox"/> 上午 09:15-11:05	<input type="checkbox"/> 上午 09:15-11:05	<input type="checkbox"/> 上午 09:15-11:05
<input type="checkbox"/> 下午 02:15-04:05	<input type="checkbox"/> 下午 02:15-04:05	<input type="checkbox"/> 下午 02:15-04:05	<input type="checkbox"/> 下午 02:15-04:05	<input type="checkbox"/> 下午 02:15-04:05

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

課程需要錄音及錄影, 以作內部教學及跟進學童進度之用

參加者如缺席課堂或退出課程均不設退款或補課

家長簽署: _____

日期: _____