

認讀訓練療程 2017 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) _____

學童將會出席 5 月 13 日(星期六)訓練前評估

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]

你是否願意透過電郵收到本言語治療所的服務資訊? (請加✓選擇)

願意 (電郵: _____)

不願意

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)

電 郵： speech@polyu.edu.hk
查詢電話：3400 3636

傳真號碼：2788 1392