

單次個別言語能力評估 (2017年10-11月)

(學童將會優先入選2018年1-3月學童個別言語治療訓練課程)

- 對象 : 2 - 12 歲，懷疑有言語能力困難的學童
- 時段 : 2017年10月10日 至 11月23日 (其中一個星期二或四)
- 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\$300.00 (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 (2017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，請聯絡言語治療所夏小姐或杜小姐

(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 (2017 年 10-11 月)

報名表

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/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 1-4 選擇先後次序。1 為 最適合 時段; 4 為 可安排 時段)

星期二	星期四
<input type="checkbox"/> 上午 11:30-12:20	<input type="checkbox"/> 上午 11:30-12:20
<input type="checkbox"/> 下午 4:30-5:20	<input type="checkbox"/> 下午 4:30-5:20

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

#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: _____