

學童個別言語治療訓練課程 (2017年10-11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10月9日 至 11月23日 (當中七星期)
- 內容 : 1 節評估，6 節個別訓練 (每節約 1 小時) 訓練由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 / 英文
- 費用 : 課程合共 HK\$2,100
(*報名時請同時以支票繳交費用，支票抬頭：香港理工大學；)
#學童缺席課堂或退出課程均不設退款或補課 #
- 截止日期 : 2017年 08月31日
- 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：學童個別言語治療訓練課程 (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)

學童個別言語治療訓練課程 (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; 5 為 可安排 時段)

星期二	星期四
<input type="checkbox"/> 上午 09:15-10:15	<input type="checkbox"/> 上午 09:15-10:15
<input type="checkbox"/> 上午 10:15-11:15	<input type="checkbox"/> 上午 10:15-11:15
<input type="checkbox"/> 下午 02:15-03:15	<input type="checkbox"/> 下午 02:15-03:15
<input type="checkbox"/> 下午 03:15-04:15	<input type="checkbox"/> 下午 03:15-04:15

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: _____