

學童個別言語治療訓練課程 (2018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 : 2018年5月23日至7月17日 (逢星期二、三、四或五)
- 內容 : 有參與(2018年1-3月)訓練之學童: 8節個別訓練 (每節約1小時)
其他參加者: 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，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\$2,400
(*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 : 2018年3月30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 (2018年5-7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。
 3. 本治療所職員將會以電話及電郵方式與家長確認學額，如在確認後退出之參加者需要繳交一半課程費用。
- 如有任何查詢，請聯絡言語治療所職員 夏小姐 及 姜小姐
(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 (2018年5-7月)

報名表

#請刪除不適用者

學童姓名：(中文) _____ (英文) _____

出生日期： _____ 年齡： _____ 性別：#男 / 女

學童主要溝通語言：#廣東話 / 英文 _____

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: *理工大學言語治療所(訓練時段 _____) ;
 訓練模式: *小組/個別; 訓練日期 _____)

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)

星期二	星期三	星期四	星期五
29/5, 5/6, 12/6, 19/6, 26/6, 3/7, 10/7, 17/7	23/5, 30/5, 6/6, 13/6, 20/6, 27/6, 4/7, 11/7	24/5, 31/5, 7/6, 14/6, 21/6, 28/6, 5/7, 12/7	25/5, 1/6, 8/6, 15/6, 22/6, 29/6, 6/7, 13/7
<input type="checkbox"/> 上午時段 (9時15分-11時10分)	<input type="checkbox"/> 上午時段 (9時15分-11時10分)	<input type="checkbox"/> 上午時段 (9時15分-11時10分)	<input type="checkbox"/> 上午時段 (9時15分-11時10分)
<input type="checkbox"/> 下午時段 (2時15分-4時10分)	<input type="checkbox"/> 下午時段 (2時15分-4時10分)	<input type="checkbox"/> 下午時段 (2時15分-4時10分)	<input type="checkbox"/> 下午時段 (2時15分-4時10分)

IV. 如何得知本所訓練課程：(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： _____