

## 學童個別言語治療訓練課程 (2018年1-3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1月10日 至 3月23日 (逢星期三、四或五)  
\*(15/2(星期四)、16/2(星期五)、21/2(星期三) 沒有課堂)
- 內容 : 1 節評估，9 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\$3,000  
(\*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 12月08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1-3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杜小姐或夏小姐  
(電話: 3400 3636，傳真號碼: 2788 1392，電郵: [speech@polyu.edu.hk](mailto:speech@polyu.edu.hk))

## 學童個別言語治療訓練課程 (2018年1-3月)

### 報名表

#請刪除不適用的

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：\_\_\_\_\_

(必須填寫)

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)

星期三	星期四	星期五
<input type="checkbox"/> 上午時段 (9 至 12 時 15 分)	<input type="checkbox"/> 上午時段(9 至 12 時 15 分)	<input type="checkbox"/> 上午時段(9 至 12 時 15 分)
<input type="checkbox"/> 下午時段 (2 至 5 時 15 分)	---	<input type="checkbox"/> 下午時段(2 至 5 時 15 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：\_\_\_\_\_