

敬啟者：

本校利用教育局「加強言語治療津貼」撥款，聘請外購服務，為有需要之學生提供言語治療訓練。本學年校本言語治療計劃已經展開，駐校的言語治療師為 貴子弟進行言語治療時，會透過手冊邀請貴家長到校觀課，以了解子女的語言能力，從而掌握訓練技巧。對未能到校觀課的家長，言語治療師會以電話聯絡的方式使家長了解子女的進度。此外，言語治療師在治療課中亦會為個案學生提供家課練習，以便家長跟進，提昇學生的語言能力。詳情如下：

- 一. 目的： 提昇學生言語治療成效  
 二. 施行方法：  
 1. 在校進行言語治療課  
 2. 家長觀課  
 3. 家長在家跟進學生的言語治療練習  
 三. 訓練導師： 博言治療中心 林穎彤姑娘 (本校言語治療師)  
 四. 地點： 本校一樓 104 室  
 五. 時間： 8:30am - 4:30pm  
 六. 日期： 上下學期共三十二次 (詳見下表)

上學期						下學期					
1.	9月	14/9/2016	8.	11月	2/11/2016	1.	2月	8/2/2017	9.	5月	11/5/2017
2.		28/9/2016	9.		3/11/2016	2.		15/2/2017	10.		17/5/2017
3.	10月	5/10/2016	10.		10/11/2016	3.		22/2/2017	11.		31/5/2017
4.		6/10/2016	11.		18/11/2016	4.	3月	22/3/2017	12.	6月	13/6/2017
5.		12/10/2016	12.		24/11/2016	5.		24/3/2017	13.		14/6/2017
6.		13/10/2016	13.	30/11/2016	6.	31/3/2017		14.	21/6/2017		
7.		27/10/2016	14.	12月	7/12/2016	7.	4月	5/4/2017	15.		
			15.		8/12/2016	8.		26/4/2017	16.	7月	5/7/2017
			16.	1月	4/1/2017						

家長如懷疑 貴子弟有言語障礙或有外間機構進行的確診記錄，請聯絡班主任以便學校跟進。如有問題，歡迎致電 2661 9383 與鄭藹華主任或駐校言語治療師聯絡。

此 致

貴家長

三水同鄉會禰景榮學校校務處

二零一六年九月十五日

--X--

三水同鄉會禰景榮學校

「校本言語治療服務」 通告回條

★16-17(No.038)輔

(1-6 年級)

敬覆者：有關 貴校 16-17(No.038)通告內容已知悉。本人將會配合此計劃，並跟進敝子弟 言語治療訓練。

此 覆

三水同鄉會禰景榮學校

學號 ( )  
交回鄭藹華主任

\_\_\_\_年級 \_\_\_\_ 班學生姓名\_\_\_\_

家長簽署\_\_\_\_

聯絡電話\_\_\_\_

二零一六年九月 日