



YAN OI TONG
Tin Ka Ping Secondary School

仁愛堂田家炳中學

Shan King Estate, Tuen Mun, N.T., Hong Kong

香港新界屯門山景邨

Tel: 852-2464 3731 Fax: 852-2464 3243 Web site: <http://www.yottkp.edu.hk>

Email: office@email.yottkp.edu.hk

校本言語治療服務

No. 21-22/24

敬啟者：

本校獲教育局資助推行校本言語治療服務。言語治療師將每月在校服務一天，為有需要的學生提供適切的言語治療服務，使他們能更有效地在課堂內學習。校本言語治療服務內容包括：

1. 為懷疑有言語障礙的學生進行言語能力評估；
2. 為有言語障礙的學生提供治療及跟進服務；
3. 為老師及家長提供諮詢服務及培訓；
4. 為全校設計及舉辦主題活動，提升學生的語言能力。

於在學期間，老師會轉介有需要的學生參與校本言語治療服務，直至他們的語言能力達到一定程度的改善或離校為止。為使校本言語治療師能作出更準確的診斷，學校會把學生的相關資料提供予校本言語治療師參考。學校亦會將學生的個人及言語障礙資料呈交教育局，記錄於教育局的「特殊教育資訊管理系統 (SEMIS)」內，並按需要更新，以作教育用途。

若閣下同意 貴子弟/受監護者接受校本言語治療服務，請填妥下列回條，並交回學生支援組辦理。日後如家長希望更改意願，請隨時向本組提出，讓校方跟進。

如有查詢，請致電 2464 3731 與 林惠青老師聯絡。

此致

中一至中六級家長

仁愛堂田家炳中學校長

吳潔容 謹啟

二零二一年十月八日



回條(須於 15/10 日前交回林惠青老師)

敬覆者：

本人知悉學校有關校本言語治療服務通告的內容。

本人 同意*敝子弟/受監護者_____班學生_____ (姓名) 在入讀學校期間，接受校本言語治療的能力評估及有關的跟進服務，言語治療師的評估結果會通知學校。同時，本人允許學校將學生的個人及言語障礙資料呈交教育局，記錄在教育局的「特殊教育資訊管理系統 (SEMIS)」內，並按需要更新，以作教育用途。本人亦明白為使校本言語治療師能作出更準確的診斷，學校會把學生的相關資料提供與校本言語治療師參考。

本人 不同意*敝子弟/受監護者接受校方提供的校本言語治療服務。

原因：_____

此覆

仁愛堂田家炳中學校長

班 別：_____ 班號：_____

學生姓名：_____

家長簽署：_____

No. 21-22/24

二零二一年十月 日