



致家長/石壁宿舍通告 編號：LP26002

貴家長：

校本言語治療服務

本校獲教育局資助推行校本言語治療服務。言語治療師將每星期駐校五天，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。校本言語治療服務的內容包括：

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. 為教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，教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及更適切的治療，學校會將學生的相關資料給予校本言語治療師參考，另外，校本言語治療師會在有需要的情況下於評估及治療期間進行錄音及錄影，該錄音及錄影會主要用作評估、訓練及個案檢討。若非得到閣下同意，該錄音及錄影不得交給校方和宿舍以外的任何第三者，該錄音及錄影亦會在學生離校一年後銷毀。

若閣下同意 貴子弟接受校本言語治療服務，請填妥下列回條，並交回班主任辦理。日後如家長希望更改意願，請隨時向班主任提出，以便校方跟進。

如有查詢，煩請致電 2980 2383 與言語治療師林佩玉姑娘聯絡。

校長



(卓德根)

2026 年 月 日

回 條

致家長/石壁宿舍通告 編號：LP26002

校本言語治療服務

敬覆者：

本人已知悉學校有關校本言語治療服務通告的內容。

本人 ☐* 同意敝子弟在入讀學校期間，接受校本言語治療評估及有關的跟進服務，並知道學校會收到相關評估結果的通知。本人亦明白為使校本言語治療師能作出更準確的診斷，校方會將學生的相關資料提供與校本言語治療師參考，另外，本人同意校本言語治療師在有需要的情況下進行錄音及錄影。

本人 ☐* 不同意敝子弟接受校方提供的校本言語治療服務。

原因：_____

此覆

東灣莫羅瑞華學校

家長/監護人簽署：_____

家長/監護人姓名：_____

學生姓名：_____

聯絡電話：_____

日期：_____

*請在適當的方格內填上剔號

請於本通告發出的兩個星期內，將回條交回班主任。

個人資料收集聲明

根據《個人資料(私隱)條例》，你有權要求查閱或更改有關學生的個人資料。如欲行使這些權利，請聯絡學生現就讀的學校，並提出申請。