



馬錦明慈善基金馬陳端喜紀念中學
Ma Kam Ming Charitable Foundation
Ma Chan Duen Hey Memorial College

2021-2022 校本言語治療服務同意書

敬啟者：

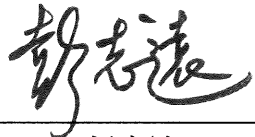
本年度本校獲教育局資助推行言語治療服務計劃，屆時學校聘用的言語治療師定期會到訪本校，為有需要的學生提供適切的言語治療及跟進服務，希望藉以改善及提升學生的語言及溝通能力。治療訓練日期將個別通知。

為取得詳盡及清晰數據，以便言語治療師能更精確地作出診斷及訂定相關的訓練計劃，並能讓有關老師為學生作延續訓練，我們或會為 貴子弟於接受評估及進行治療/訓練活動時錄音及/或錄影；以及轉交學生個人資料及言語治療評估進度報告予言語治療師，作為安排言語治療服務之用。收集有關資料後，只會供校內作教學參考及進行講座培訓之用，有關學生的資料將會絕對保密。

如有任何查詢，請致電 2706 7477 與趙秀蘭主任聯絡。

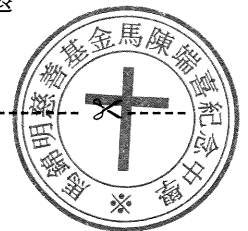
(所有由學校發出之通告，必須蓋有校印方為有效。)

此致
貴家長/監護人

校長  謹啟
彭志遠

二零二一年八月二十四日

----- ✕ ----- 【 回 條 】 -----
(通函第 002/2021-22 號)
(請於 3/9/2021 或之前將回條交趙秀蘭主任彙收)



敬覆者：

本人及敝子弟 _____ 中 _____ 班 () 已知悉 貴校之「言語治療服務」計劃，就有關事項選擇如下：

1. 本人 * 同意 / 不同意 敝子弟參與 貴校安排的言語治療計劃，並同意將本人子弟之個人資料及言語治療評估進度報告交予言語治療師，作為安排言語治療服務之用。
2. 本人 * 同意 / 不同意 貴校於敝子弟接受評估及進行治療/訓練活動時錄音及/或錄影，而有關資料用作校內教學參考及講座培訓。(有關資料作絕對保密)

此覆
馬錦明慈善基金馬陳端喜紀念中學彭志遠校長

家長/監護人簽署： _____
家長/監護人姓名： _____
緊急聯絡人電話： _____

二零二一年 月 日

*請刪去不適用者