

**中華基督教會基智中學**  
**【校本言語治療服務家長同意書】**

家長通告 018/2020

敬啟者:

本校獲教育局資助推行校本言語治療服務，校本言語治療師將為有需要的學生提供適切的服務，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. 為患有或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。

於在學期間（中一至中六），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一定程度的改善或離校為止。為準確地評估學生之情況及進度，安排合適的服務，評估及治療過程或會進行錄音及/或錄影，有關資料將予以保密，只供校內教學參考。學校會把學生的相關資料提供予校本言語治療師參考，將學生的個人及言語障礙資料呈交教育局，並記錄於該局的「特殊教育資訊管理系統（SEMIS）」內，再按需要更新，以作教育用途。

煩請 貴家長填妥下列回條，並交回黃聆音姑娘或黎凱婷姑娘辦理。若家長日後希望更改意願，隨時向張慧芬老師或校本言語治療師區美怡姑娘提出。如有查詢，請致電2342-2954 與張慧芬老師或區美怡姑娘聯絡。

此致  
貴家長

中華基督教會基智中學校長

李淦章博士 謹啟

二零二零年九月二十五日

請轉後頁

**中華基督教會基智中學**  
**【校本言語治療服務家長同意書】**  
回條

家長通告 018/2020

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 \*敝子女／受監護者\_\_\_\_\_班學生\_\_\_\_\_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，本人亦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，及同意言語治療師為子女安排錄音及/或錄影，以作教學參考。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予校本言語治療師參考。

本人不同意 \*敝子女／受監護者接受校方提供的校本言語治療服務。

原因：\_\_\_\_\_

此覆

中華基督教會基智中學校長

家長簽署：\_\_\_\_\_

家長姓名：\_\_\_\_\_ (請以正楷書寫)

家長緊急聯絡電話：\_\_\_\_\_

學生姓名：\_\_\_\_\_

班 別：\_\_\_\_\_ 學 號：\_\_\_\_\_

日 期：\_\_\_\_\_ 年 月 日

\*請刪去不適用者

**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。