



校本言語治療服務家長同意書

敬啟者：

本校獲教育局資助推行校本言語治療服務，服務內容包括為懷疑有言語障礙的學生進行言語能力評估及為有需要的學生提供治療及跟進服務。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，並記錄於教育局的「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 貴子女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，讓校方跟進。如有查詢，請致電 23819504 與伍家寶主任聯絡。

此致

貴家長

校長：張麗雲

謹啟

-----✂-----

回 條

NKP/23-24/01

校本言語治療服務家長同意書

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 同意敝子女於_____年_____月_____日接受校本言語治療的能力評估，並於入讀學校期間接受有關跟進服務。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 不同意敝子女接受校方提供的校本言語治療服務。原因：_____

此覆

深水埔街坊福利會小學張校長

_____班學生_____（ ）

家長姓名：_____

家長簽署：_____

聯絡電話：_____

*請在適當的□填上「✓」

*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。