



金錢村何東學校
二零二六至二零二七年度通告第 27 號
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。校本言語治療師將每星期在校服務，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(小一至小六)，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，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，並附上書面通知，讓校方跟進。

請家長於9月21日或以前簽署，如有查詢，請致電2670 3849與鍾主任聯絡。

此致
貴家長

金錢村何東學校

校 長： 吳毓琪 謹啟

二零二六年九月十七日

※ 回 條 ※

(請在適當之□內加✓)

敬覆者：

本人已知悉第 27 號通告(校本言語治療服務家長同意書)的內容，並

- ☐ 同意敝子弟在入讀學校期間，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。

- ☐ 不同意敝子弟接受校方提供的校本言語治療服務。不同意的原因是：
- _____

此覆

金錢村何東學校校長

()班學生：_____ ()

家 長 姓 名：_____

家 長 簽 署：_____

二零二六年九月 日