



元朗公立中學校友會鄧英業小學  
23/24 學生支援組  
校本言語治療服務 家長同意書

通告編號：2324093

日期：30-10-2023

敬啟者：

本校獲教育局資助推行校本言語治療服務，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 貴子女/受監護者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 26178200 與毛琪恩主任聯絡。

此致  
貴家長



元朗公立中學校友會鄧英業小學 謹啟

【校本言語治療服務 家長同意書】回條

通告編號：2324093

日期：30-10-2023

（請於合適□中填上✓）

敬覆者：

本人已知悉學校有關校本言語治療服務家長同意書的內容。 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\* 敝子女/受監護者 接受校方提供的校本言語治療服務。

原因：\_\_\_\_\_

此覆  
元朗公立中學校友會鄧英業小學

家長/監護人簽署：\_\_\_\_\_

家長/監護人姓名：\_\_\_\_\_

班別：( ) 學生姓名：( )

聯絡電話：( )

二零 年 月 日

\*請將回條交班主任轉交毛琪恩主任辦理

**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。