

彩虹邨天主教英文中學
家長通告第 P35 號(二零至二一)

敬啟者：

校本言語治療服務
家長同意書

為支援校內有特殊教育需要學生的學習，本校會安排校本言語治療師逢星期三、五駐校，為有需要的學生提供適切的言語治療服務。

請家長簽妥回條，表示同意/不同意校方為 貴子弟安排言語治療服務，並在**10月9日或之前**回覆。如 台端對是項安排有任何查詢，歡迎致電 2320 3594 與本校特殊教育需要統籌主任陳慧敏老師、林漢麒老師或校本言語治療師陳學怡姑娘聯絡。

此致
貴家長

彩虹邨天主教英文中學校長何家欣謹啟

二零二零年九月二十三日

家長回條

家長通告第 P35 號(二零至二一)

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」通告的內容。

為支援校內有特殊教育需要學生的學習，本校會安排校本言語治療師逢星期三、五駐校，為有需要的學生提供適切的言語治療服務。

請家長簽妥回條，表示同意/不同意校方為貴子弟安排言語治療服務，並在**10月9日或之前**回覆。如台端對是項安排有任何查詢，歡迎致電 2320 3594 與本校特殊教育需要統籌主任陳慧敏老師、林漢麒老師或校本言語治療師陳學怡姑娘聯絡。

此致
貴家長

彩虹邨天主教英文中學校長何家欣謹啟

二零二零年九月二十三日

本人及學生：(請在適當的「」加上「」)

同意學生接受校方提供的校本言語治療服務。

不同意學生接受校方提供的校本言語治療服務。

此覆

彩虹邨天主教英文中學何家欣校長

學生姓名：_____ 班 別：_____ 學號：_____

家長姓名：_____ 家長簽署：_____

聯絡電話：_____ 日 期：_____