

活動通函第 140/229/2010 號

2011-2012 校本言語治療服務 - 同意書

敬啟者：

本年度本校獲教育局資助言語治療服務計劃，以提升同學的語言及溝通能力。此計劃將由言語治療師定期為有需要的同學提供適切的言語治療服務。

為取得詳盡及清晰數據，精確地為同學作出診斷及訂定相關的訓練計劃及延續活動，言語治療師將安排 貴子弟進行錄音及／或錄影之評估及訓練活動。又因工作之需要，有關 貴子弟之個人資料 (包括言語治療評估/進度報告) 將交予治療師及老師作為服務安排、教學分享及講座培訓之用，一切資料絕對保密。

敬請 台端填妥並簽署下列同意書，於 2011 年 8 月 24 日或之前交 貴子弟轉交趙秀蘭老師。如有任何查詢，請致電 2706 7477 與趙秀蘭老師聯絡。

(所有由學校發出之通告，必須蓋有校印方為有效。)

此致
貴家長/監護人

校長 李國輝 謹啟

二零一一年八月十九日

-----✂-----【 同 意 書 】-----✂-----
(活動通函第 140/229/2010 號)
(請於 **24/8/2011** 或之前將回條交趙秀蘭老師彙收)

敬覆者：

本人已知悉 貴校之「言語治療服務」計劃，並 * 同意 / 不同意 就敝子弟 _____
中 ____班 (____) 參與活動之錄音或錄影事項及其個人資料 (包括言語治療評估/進度報告) 交予
貴校有關同工作為服務安排、教學分享及講座培訓之用。

此覆
馬錦明慈善基金馬陳端喜紀念中學李國輝校長

家長/監護人簽署：_____

家長/監護人姓名：_____

聯 絡 電 話：_____

二零一一年八月 日

*請刪去不適用者

我們承諾：「以優秀的團隊精神和專業知識，竭盡所能，提供優質的教學，培養我們每一個學生，榮神益人，品學兼優。」