

敬啟者：

根據 貴子弟 2010-2011 年度言語治療總結報告，治療師建議 貴子弟在本年度仍需接受言語治療，以增強其言語理解及言語表達能力。治療將以個人或小組形式進行，由於每次治療的時間可能不同，屆時學校會另發通告通知家長。每次治療均歡迎 貴家長陪同學生出席，如有疑問，請與李美嫻老師(2111 9099)或伍慧卿姑娘(2787 7360)查詢。

治療日期：20____年____月____日(星期____)

時 間：上午 / 下午____時____分至 ____時____分

地 點：本校二樓活動室

治療人員：香港社區言語治療中心言語治療師

此致

貴家長



校長： 蔡世鴻

蔡世鴻

二零____年____月____日

✂-----回 條-----

2011/2012 第(15 A)號

敬覆者：____月____日通告敬悉，本人* 同意 / 不同意____班學生____
接受言語治療。

此覆

協和小學(長沙灣)蔡校長

家長姓名：_____

家長簽署：_____

家長聯絡電話：_____

日 期：二零____年____月____日

(回條請交回班主任轉交李美嫻老師)