

敬啟者：

早前「香港社區言語治療中心」言語治療師為 貴子弟進行言語治療評估，現識別 貴子弟有需要接受言語治療。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。如有疑問，請向李美嫻老師(2111 9099)或伍惠卿姑娘 (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 B)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)