

敬啟者：

根據 貴家長/機構交來學生的言語治療評估報告，學校會安排言語治療師為學生提供適切的服務，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 C)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)