

五邑司徒浩中學通告 2016/2017 年度第 23 號

職業治療評估及訓練

敬啟者：

為能及早識別和適時輔導有肌肉力量及協調能力不足的學生，本校與靈實恩光成長中心合作，推行校本職業治療服務，屆時職業治療師將定期到訪本校，為有需要的學生提供職業治療評估及跟進服務。

日期：2016 年 10 月至 2017 年 1 月（逢星期三）

時間：第七節或課後

地點：學校

現誠邀 貴子弟參加，請填妥以下回條，並於十月五日或以前交回社工孫少桐先生。如同學或家長對服務有任何查詢，請致電 2349-5296（社工室）與孫 SIR 聯絡。

此致

貴家長

校長

啟

二零一六年九月三十日

✂

回 條

（通告 2016/2017 年度第 23 號）

敬覆者：

本人得悉職業治療評估及小組訓練的安排。並

1. 同意 / 不同意* 敝子弟參加職業治療評估及訓練。
2. 同意 / 不同意* 向靈實恩光成長中心提供 本人的子女 / 受監護者* 的個人資料，讓靈實恩光成長中心可為 本人的子女 / 受監護者* 提供評估及跟進服務，並用以策劃整體教育服務。

受監護者姓名：_____

學生中文姓名：_____ 學生英文姓名：_____

出生日期：_____ 學生編號(STRN)：_____

3. 同意 / 不同意* 在有需要時，向有關學校、其他政府部門或服務機構提供 本人子女 / 受監護者* 的個人資料，以便安排所需的服務。

此覆

李校長

家長簽署：_____

家長聯絡電話：_____

班別：____ 學生姓名：_____ 學生聯絡電話：_____

二零一六年十月____日

* 請刪去不適用者