



〈參加【言語治療】訓練計劃〉

敬啟者：

本校外聘「啟言堂語言治療及復康訓練中心」言語治療師，到校為校內有需要的學生提供訓練服務，藉此提升學生的理解及表達能力，讓學生學習組織說話內容，以提升溝通技巧。

貴子弟獲老師推薦參加上述課程，敬希 貴家長積極考慮，讓子女得到適切的學習及照顧。言語治療課程將會於上課期間進行，以下為上課日期，敬希查照：

2017 年：27/9、4/10、11/10、18/10、1/11、8/11、15/11、22/11、6/12、13/12、20/12；

2018 年：3/1、28/2、7/3、14/3、21/3、11/4、2/5、9/5、16/5，

星期三上課，每次時間約為四十分鐘，上課地點於本校 324 輔導室。

請家長填妥以下回條，並於九月十八日(星期一)前交回聶耀強老師。如有查詢，請與聶耀強老師聯絡(電話：2560 5678)。

此致
貴家長

聖公會李福慶中學校長

謹啟

張翠儀

二零一七年九月十二日

回條

檔案編號：17027

(學生須於九月十八日前交回聶耀強老師)

敬覆者：

本人知悉 貴校有關〈參加【言語治療】訓練計劃〉事宜。

本人 同意
 不同意

敝子弟參加學校舉辦之【言語治療】訓練計劃。

此覆
聖公會李福慶中學校長

家長簽署：_____
家長姓名：_____
學生姓名及學號：_____ ()
班別：_____

二零一七年九月 日

* 請在適當的方格加✓