



匡智屯門晨輝學校

通告 ST2017/2018/006

「匡扶智障」，成就「自尊，自強，自信，自律，自學，自助和互助」精神

學校網址 <http://www.hctmhope.edu.hk> 學校電郵 tmhope@hongchi.org.hk

有關「香港理工大學言語治療學系學生實習」事宜

敬啟者：本年度上學期會有一位香港理工大學言語治療學系準畢業生於本校實習，貴子弟之言語治療評估及訓練（2017年9月25日至2017年11月27日）將由實習學生負責，並由言語治療師曾姑娘督導，敬請家長留意。若家長有任何疑問，請與曾姑娘聯絡，電話：2462 0850。

此致

（ 班 ）家長

匡智屯門晨輝學校

言語治療組啟



二〇一七年九月十四日

回 條

通告 ST2017/2018/006

（請於三天內交回曾姑娘）

有關「香港理工大學言語治療學系學生實習」事宜

敬覆者：來函奉悉。

本人若有疑問，將與負責之言語治療師聯絡。

此覆

匡智屯門晨輝學校

言語治療組

_____ 班 學生：_____

家長簽署：_____

二〇一七年九月 日

敬啟者：

香港理工大學中文及雙語學系於二零一三年開設言語治療碩士課程，目的為本港培訓言語治療師。言語治療碩士學生需進行一連串實習作為培訓，對象包括學前至中學階段學童，現欲邀請貴子弟參加由本學系碩士學生於九至十一月進行的「言語治療實習計劃」，費用全免。整個計劃由~~中心~~/學校的臨床言語治療導師督導本學系學生進行，每節訓練均會有課堂記錄交校方跟進。我們期望把治療過程錄音，以作監察學生能力進度之用，家長可選擇同意或不同意進行錄音。

請 貴家長填妥以下回條以表示你是否同意貴子弟參與是項「言語治療實習計劃」及進行錄音。參與是項計劃純屬自願性質，不論貴子弟是否參與，絕不影響中心/學校提供之言語治療服務。所收集的資料只作訓練用途，並會於整個計劃完成後銷毀。如閣下對此計劃有任何查詢，請與~~中心~~/學校的言語治療師或本學系臨床導師譚慧詩姑娘聯絡(電話：3400 3636)。

此致
學生家長

香港理工大學中文及雙語學系



譚慧詩姑娘謹啟

二零一七年八月三日

「言語治療實習計劃」同意書 (交ST曾姑娘)

中心/學校名稱：_____

學生姓名：_____ 班別：_____

本人明白並** 同意/ 不同意子女參與是項〈言語治療實習計劃〉。

本人明白並**同意/ 不同意訓練過程將會錄音，以作監察學生能力進度之用。

家長/監護人姓名：_____

家長/監護人簽署：_____

(**請刪去不適用者)

日期：_____