

聖雅各福群會 太子樂寧兒童發展中心 言語治療服務報名表格

地址：九龍太子道西 196 號三號（金龍校服樓上）	
電話：2186 8451	傳真：2186 8442

申請人資料

兒童姓名：(中文) _____ (英文) _____ 性別：男／女

就讀中心／學校：_____ 班別：_____ 出生日期：_____

主要困難：_____

監護人姓名：_____ 與兒童關係：_____ 職業：_____

地址：_____

聯絡電話：_____ 電郵：_____

傳真：_____ 從何途徑得知本服務：_____

兒童資料

1. 就讀學校類別： 早期教育及訓練中心/特殊幼兒中心/兼收位幼兒中心
 幼稚園/幼兒中心 小學 特殊學校
 其他：_____
2. 溝通語言： 廣東話 英語 國語 其他：_____
3. 兒童有否長期身體疾病？ 沒有 有，請註明：_____
4. 除就讀的學校外，兒童曾經/現正接受的訓練/治療：

服務類別/內容	提供服務機構名稱	接受服務日期
1.		至
2.		至
3.		至
4.		至

兒童曾否接受智能評估？ 沒有 有

如有，智能程度是： 資優 正常 有限智能 智障(輕度/中度/嚴重)

提供評估的機構：_____ 評估日期：____年____月

5. 身體情況：

- 聽覺 正常 弱聽，情形：_____
- 視力 正常 弱視，情形：_____
- 肌能 正常 殘障，情形：_____
- 長期服藥 不需要 需要，情形：_____
- 語言能力 正常 有障礙，情形：_____
- 其他弱能/疾病：_____

6. 希望提供服務之服務：

- 言語治療評估 言語治療訓練

7. 希望提供服務之時段：

- 星期_____，上/下午_____時_____分至_____時_____分 其他：_____

報名須知：

1. 請填妥此服務報名表，連同相關費用，親臨本中心辦理報名手續。如未能親身辦理，可以郵遞方式，連同支票（**不接受期票**）（支票抬頭請寫上“聖雅各福群會”）郵寄至本中心，所有評估及訓練服務，**均不接受電話留位**；
2. 所有已預約之服務，需先在到期日前預繳費用，否則將會自動取消；
3. 評估及訓練時間一經作實，所繳之費用將不獲發還，亦不能由其他人士代替上課；
4. 請在報名手續完成後保留有關收據至訓練完結，在任何情況下遺失收據，均不會獲補發；
5. 請最遲於每個月的**28日前**繳付下月的費用，如本中心未收到有關費用，已預約之服務將自動取消；
6. 如申請病假，**必須於上課前3小時致電通知**及請於下一堂出示有關醫生紙；如申請事假，**必須於上課前3天致電申請**；若無故缺席，該堂費用將不獲發還及安排補堂；
7. 請準時出席訓練，如遲到者將不獲補時；
8. 當天氣惡劣時，請於出發前先致電本中心或瀏覽本中心之網站查詢。
9. 於參加本中心之治療前，家長/監護人已清楚明白課堂的內容及相關注意事項，並已仔細衡量學童的身體狀況絕對健康及合適參與課堂中的活動。
10. 為保障個人私隱及避免阻延課程進行，家長不得擅自錄音、錄影或拍照，敬請家長體諒及作出配合。

11. 個人資料收集聲明

聖雅各福群會盡力遵守《個人資料(私隱)條例》所列載的規定，依照收集資料時所說明的目的使用該等資料，並確保個人資料得到妥善儲存。本中心將運用閣下之個人資料（包括姓名、電話、傳真、電郵及郵寄地址等），以便日後作與閣下通訊、服務通知、活動／訓練課程邀請或收集意見的用途。除非本中心已取得你的同意，否則本中心不會使用你的個人資料作其他用途。閣下可以隨時向本會提出要求停止使用閣下的個人資料，此項安排毋須繳付任何費用。

接收本中心未來活動資訊：

- Whatsapp 廣播功能（電話：_____，請儲存 5494 9467 以便接收本中心資訊）
- E-mail（電郵：_____） 不需要
- 本人已細心閱讀並清楚明白列印於本申請表內的條款。

日期：_____

家長簽署：_____