

耀能兒童發展服務  
學校專業支援服務  
查詢表格

團體名稱：		(中學/小學/幼稚園/大學/機構)
地址：		
電話：		傳真：
聯絡人：	職位：	電郵：

**A. 服務類別 (請於所需服務加上☑號):**

<input type="checkbox"/> 個別評估	<input type="checkbox"/> 言語治療 <input type="checkbox"/> 職業治療 <input type="checkbox"/> 中學生書寫能力綜合評估測試 (公開試/校內試調適建議) <input type="checkbox"/> 其他(請註明)：_____
<input type="checkbox"/> 個別訓練	<input type="checkbox"/> 言語治療 <input type="checkbox"/> 職業治療 <input type="checkbox"/> 社工服務 <input type="checkbox"/> 其他(請註明)：_____
<input type="checkbox"/> 小組訓練 (備註：每小組服務不多於6名兒童)	<u>言語治療師</u> <input type="checkbox"/> 言語治療小組 <u>職業治療師</u> <input type="checkbox"/> 專注力訓練小組 <input type="checkbox"/> 讀寫訓練小組 <input type="checkbox"/> 小手肌訓練小組 <input type="checkbox"/> 執行功能訓練小組 <u>註冊社工</u> <input type="checkbox"/> 社交技巧訓練小組 <input type="checkbox"/> 專注力訓練小組 <input type="checkbox"/> 執行功能訓練小組 <input type="checkbox"/> 情緒管理小組 <input type="checkbox"/> 其他(請註明)：_____
<input type="checkbox"/> APLUS 計劃	<input type="checkbox"/> 個別學習計劃 <input type="checkbox"/> 個別訓練 <input type="checkbox"/> 小組訓練 <input type="checkbox"/> 家長小組/講座
<input type="checkbox"/> 講座/工作坊	主題：
<input type="checkbox"/> 其他	請註明：

**B. 服務要求:**

服務對象：  學生 (特殊需要：\_\_\_\_\_ 年級：\_\_\_\_\_)  
 家長                       老師                       其他(請註明)：\_\_\_\_\_

服務人數： \_\_\_\_\_ 期望導師職系： \_\_\_\_\_

服務節數： \_\_\_\_\_ 每節時數： \_\_\_\_\_

財政預算： \_\_\_\_\_ (如適用) 截止報價日期： \_\_\_\_\_ (如適用)

服務日期： \_\_\_\_\_ (日/月/年)

**C. 服務可行日期:**

	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六
上午						
下午						

\*可以數字排優次，1 為最優先、6 為最後

**查詢及聯絡方法：**

歡迎有意參加之學校聯絡我們，以作進一步了解及安排。學校亦可以電郵、傳真或郵寄形式交回查詢表格。

**地址：**香港炮台山電氣道 180 號百家利中心 6 樓 林紅芸兒童發展中心

**電話：**2866 3236

**傳真：**2866 3550

**電郵：**[cdc@sahk1963.org.hk](mailto:cdc@sahk1963.org.hk)

**網址：**[cdc.sahk1963.org.hk](http://cdc.sahk1963.org.hk)