

兒童資料：

兒童姓名(中文)：_____ (英文)：_____

出生年月：_____年 _____月 _____日 年齡：_____ 性別：_____

現就讀學校/幼稚園：_____ 班級：_____

請簡述兒童之需要：_____

兒童曾/現正有否接受評估/訓練，如：_____

兒童診斷情況： 自閉症傾向 自閉症 廣泛性發展障礙 其他(請註明)：_____

請描述兒童情況，例如：行為情緒表現等，讓我們對兒童有更多了解，提供切合訓練

**如兒童有特殊學習需要，亦可附上過往之評估報告，讓我們對兒童有更多了解*

家長/監護人資料：

家長/監護人姓名(中文)：_____ (英文)：_____

居住地區：_____

聯絡電話(手提)：_____ (可 WhatsApp) 職業：_____

電郵(請以正楷填寫)：_____

請問從何途徑得知此服務資料？ 醫院/兒童體能智力測驗中心 親友介紹 講座 學校 互聯網

其他(請註明)：_____

*本人明白所填寫之個人資料，將用作處理報名及有關服務相關事宜，

並 願意繼續接收協會的服務資訊。(請於合適方格內加上✓)

請於所選的評估或訓練服務加上“✓”號 (可選多項)

言語治療服務 (評估 評估及訓練，訓練為一期 四節 八節)

職業治療服務 (評估 評估及訓練，訓練為一期 四節 八節)

幼兒綜合訓練 (評估 評估及訓練，訓練為一期 四節 八節)

本人有興趣參加短期訓練。

*中心會視乎人手安排，提供短期訓練空缺，此等訓練屬短期性質，實際堂數與家長商討後作準，接受訓練與否並不影響長期訓練的申請。

請於所選的服務地點加上“✓”號 (可選多項)

香港耀能協會-林紅芸兒童發展中心

地址：香港北角電氣道 180 號百家利中心 6 樓 (電話：28663236 傳真：28663550)

香港耀能協會-耀能兒童發展中心(銅鑼灣) *沒有幼兒綜合訓練

地址：香港銅鑼灣軒尼詩道 467-473 號建德豐商業大廈 901 室 (電話：28663236 傳真：28663550)

香港耀能協會-耀能兒童發展中心(樂富)

地址：九龍橫頭磡邨宏照樓地下 9 至 17 號 (電話：23366491 傳真：23366855)

香港耀能協會-譚榮芬兒童發展中心

地址：大圍顯徑邨顯徑商場 B 翼地下 1 號 (電話：34228202 傳真：34228685)

香港耀能協會-耀能兒童發展中心(石圍角) *沒有職業治療及幼兒綜合訓練

地址：荃灣石圍角村石荷樓地下 101 至 119 號 (電話：23366491)

請於所選的評估或訓練時段加上“✓”號 (此乃參考之用，如未能因應安排，敬請見諒)

星期一至星期五上午 星期一至星期五下午 星期六上午 星期六下午 (可選多項)

本人已細閱及同意個別訓練申請須知。

請填妥報名表格，[郵寄/傳真至所選之中心或電郵至 cdc@sahk1963.org.hk](mailto:cdc@sahk1963.org.hk) (*請於合適方格內加上✓)

家長/監護人姓名：_____ 簽署：_____ 日期：_____

此欄由機構職員填寫

收取報名表日期：_____ 負責職員：_____