

**兒童資料：**

兒童姓名(中文)：\_\_\_\_\_ (英文)：\_\_\_\_\_ 性別：\_\_\_\_\_

出生日期：\_\_\_\_\_ 出生證明書/身份證編號：\_\_\_\_\_

現就讀學校/幼稚園：\_\_\_\_\_ 班級：\_\_\_\_\_ 年齡：\_\_\_\_\_

請簡述幼兒之需要：\_\_\_\_\_

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)：\_\_\_\_\_

**請描述幼兒情況，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)：\_\_\_\_\_

聯絡地址：\_\_\_\_\_

聯絡電話(住宅)：\_\_\_\_\_ (手提)：\_\_\_\_\_

職業：\_\_\_\_\_ 公司電話：\_\_\_\_\_

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  宣傳單張  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

職業治療服務

幼兒培育訓練

**請於所選的服務地點加上“✓”號 (可選多項)**

香港耀能協會-耀能兒童發展中心(炮台山)

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)

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-耀能兒童發展中心(顯徑)

地址：大圍顯徑邨顯徑商場 B 翼地下 1 號(顯徑體育館旁) (電話：23366491)

香港耀能協會-耀能兒童發展中心(石圍角)

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)

請填妥報名表格，郵寄至香港北角電氣道 180 號百家利中心 6 樓或傳真至 28663550 或電郵至

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

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：\_\_\_\_\_