

兒童資料：

兒童姓名(中文)：_____ (英文)：_____ 性別：_____

現就讀學校/幼稚園：_____ 班級：_____ 年齡：_____

兒童溝通語言： 廣東話 普通話 英語 其他：_____

請簡述兒童情況：_____

**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*

申請本服務之原因：_____

兒童有否長期身體疾病： 沒有 如有請註明：_____

兒童曾/現正有否接受診斷/評估/訓練，如：_____

兒童診斷結果(請註明)：_____ 診斷日期：_____

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，並不願意繼續接收協會的服務資訊。

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：2866 3236 傳真：2866 3550)

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：2336 6491 傳真：2336 6855)

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：3422 8202 傳真：3422 8685)

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)

星期二至星期五 上午 星期二至星期五 下午 星期六 上午 星期六 下午 (可選多項)

請填妥報名表，郵寄/傳真至所選之服務中心或電郵至 cdc@sahk1963.org.hk

家長/監護人姓名：

簽署：

日期：

此部份由機構職員填寫

收取報名表日期：

負責同事：