



FUNFUN小學堂

小組簡介：專為發展遲緩、自閉症、懷疑自閉症傾向之幼兒而設的適應班

訓練目標：

- ☺ 訓練幼兒於小組學習中的常規、專注、聆聽基本指令的能力
- ☺ 增強幼兒的社交、語言理解及溝通能力
- ☺ 提升認知能力的發展和增強學習動機
- ☺ 促進大、小肌肉的發展

日期： 每月均可入讀 (逢星期一、二、三)

時段： 3:15PM-4:45PM

地點： 新界沙田大圍車公廟道 69 號顯徑商場 B 翼地下 1 號 (港鐵顯徑站 A 出口)

對象： 3 至 5 歲發展遲緩、自閉症、懷疑自閉症傾向之幼兒

費用： \$4,500 (月費形式)

課程導師： 資深特殊幼兒教師 (以廣東話授課)

查詢電話： 3422 8202

報名方法： 請填妥報名表，以

- ① 郵寄至大圍車公廟道 69 號顯徑邨顯徑商場 B 翼地下 1 號「譚榮芬兒童發展中心」或
- ② 電郵至 cdc@sahk1963.org.hk 或
- ③ 傳真至 3422 8685 到本中心

***所有報名以收到填妥的報名表格為準，故不設傳真報名或電話留位**

為讓兒童得到適切的服務，本中心需按人手比例、兒童實際情況等作收生的考慮。家長必須如實填寫「兒童健康狀況問卷」，如有虛報或隱瞞資料，本中心保留最後取錄或取消服務的權利。



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：_____

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，提供適切訓練

兒童曾/現正有接受評估/訓練，如：_____

***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，以提供適切的訓練**

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)：_____

*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✓)

請填妥報名表，以

①郵寄至大圍車公廟道 69 號顯徑邨顯徑商場 B 翼地下 1 號「譚榮芬兒童發展中心」或

②電郵至 cdc@sahk1963.org.hk 或

③傳真至 3422 8685 到本中心

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：_____

銀行名稱/支票號碼：_____ 金額：_____

兒童姓名(中文)： _____

長期身體疾病

沒有 有 (請列明： _____)

體能方面

安坐能力

能自行安坐 協助下坐穩 未能坐於椅子上

站立能力

自行徒手站立 協助下/扶著物件站立 未能站立

步行能力

自行徒手步行 協助下/拖著手步行 未能步行

食物敏感

沒有 有 (請列明： _____)

皮膚 / 藥物敏感

沒有 有 (請列明： _____)

身體需特別留意之情況

沒有

抽筋 (請列明： _____)

容易流血/瘀傷 (請列明： _____)

其他 (請列明： _____)

感覺統合方面之情況

沒有特別情況

尋求身體大幅度的搖動

前後搖晃 自轉身體 利用身體碰撞物件

其他 (請列明： _____)

發脾氣時的情緒/行為表現

哭/大叫 傷害自己 傷害別人 其他 (請列明： _____)

為讓兒童得到適切的服務，本中心需按人手比例、兒童實際情況等作收生的考慮。家長必須如實填寫「兒童健康狀況問卷」，如有虛報或隱瞞資料，本中心保留最後取錄或取消服務的權利。