



石籬天主教小學
2023-2024 年度通告第(426)號
學習支援—校本言語治療服務
家長問卷調查

敬啟者：

貴子弟是本年度學習支援計劃學生之一，為檢討校本言語治療服務的安排及成效，協助校本言語治療師(陸珮琳姑娘)完善服務，學校會定期收取各持份者的意見。現誠邀家長填寫此問卷。

敬請 台端填妥回條，給予寶貴意見，以便校方能完善來年度的計劃，請於6月14日或之前交回喬主任彙辦。如有查詢，歡迎致電 24203186 聯絡喬慧儀主任。

此致

貴家長

梁汝輝校長謹啟
二零二四年六月十一日

回條

敬覆者：

頃閱 貴校 2023-2024 年度通告第(426)號，有關 敝子弟參加本年度的「校本言語治療—家長問卷調查」事宜，已知悉有關內容。

1. 我的子女有適時的評估或覆檢。

非常同意 同意 不同意 非常不同意 不適用

2. 透過校本言語治療服務，我了解我子女的言語溝通能力及學習困難。

非常同意 同意 不同意 非常不同意 不適用

3. 校本言語治療師和我有就子女的背景資料及日常生活概況進行溝通，以訂定適切的言語治療計劃。

非常同意 同意 不同意 非常不同意 不適用

4. 言語治療的目標切合我的子女的需要。

非常同意 同意 不同意 非常不同意 不適用

5. 校本言語治療服務有助提升我子女的言語溝通及學習能力。

非常同意 同意 不同意 非常不同意 不適用

6. 校本言語治療師就如何提升我子女的言語溝通能力提供具體建議(如透過家長諮詢、家居練習等)。

非常同意 同意 不同意 非常不同意 不適用

7. 我明白家居練習的內容及進行方法。

非常同意 同意 不同意 非常不同意 不適用

8. 我了解我子女的言語治療進度。

非常同意 同意 不同意 非常不同意 不適用

9. 校本言語治療服務的時間和頻次適當。

非常同意 同意 不同意 非常不同意 不適用

10. 我滿意校本言語治療服務的內容及安排。

非常同意 同意 不同意 非常不同意 不適用

此覆

石籬天主教小學

____班 學生姓名：_____ ()

家長簽署：_____

家長聯絡電話：_____

家長姓名：_____

*請在適用的內加✓

日 期：_____