



Evangel College

播道書院
Evangel College

將軍澳至善街七號

No. 7, Chi Shin Street, Tseung Kwan O

電話 Telephone : 2366 1802

傳真 Fax no. : 2366 1732

家長通知函 2018/2019 NO. P019

有關「香港耀能協會 賽馬會喜伴同行計劃」支援服務

敬啟者：

香港耀能協會是香港大型康復服務機構之一，為有特殊需要的人士提供多元化及全面的康復及教育服務。該會得到賽馬會慈善信託基金捐助，聯同香港大學及教育局於本學年推行「賽馬會喜伴同行計劃」，為有需要學生提供小組訓練及支援服務。

本校已獲邀參與是項計劃，以幫助有需要的學生適應學校生活。同時，為相關之家長提供支援。服務詳情如下：

服務日期：	(逢星期一) 8/10, 15/10, 22/10, 29/10/2018; 12/11, 19/11, 26/11, 3/12, 10/12/, 17/12/2018; 7/1, 28/1/2019
服務時間：	4:00pm - 5:30pm
服務地點：	播道書院 小學三樓 P3-04 室
服務內容：	透過小組訓練，提升學生社交溝通、情緒適應及學習適應等能力。

請閣下填妥回條並附隨參與研究之同意書和家長問卷，於九月十七日(星期一)或之前交回班主任。如對這計劃有任何疑問，歡迎致電 2366 1802 與教學助理盧淑霜小姐聯絡。

此致
學生家長／監護人

播道書院總校長

盧偉成 MH 謹啟

二零一八年九月十三日

回 條

敬覆者：本人已知悉 貴校「家長通知函 2018/2019 NO. P019」（有關「香港耀能協會 賽馬會喜伴同行計劃」支援服務）內容。

- 本人**同意**敝子弟接受「香港耀能協會 賽馬會喜伴同行計劃」支援服務，並參與香港大學進行之相關研究。本人明白在服務過程中，該會之專業團隊可能會攝錄該學生在校的情況，以作家長匯報、專業培訓及計劃的紀錄。
- 本人**不同意** 敝子弟接受「香港耀能協會 賽馬會喜伴同行計劃」支援服務，

學生家長或監護人簽署：_____

學生家長或監護人姓名：_____

二零一八年_____月_____日

學生姓名：_____

班別： **P.**

班號：_____

* 請在適當的上加上“✓”號

(請把通告回條於 **17/09/2018** 或之前交回班主任。)

(Susanna)