

職業治療服務

敬啟者：

為提升 貴子弟_____班_____ () (學生編號: _____) 的感統協調/大小肌肉運用能力，本校擬定 11/2020 至 6/2021 期間為 貴子弟提供職業治療服務。全年度約接受 7 次訓練，接受訓練的學生會於職業治療師到達的日子於上課時段抽離約四十五分鐘進行訓練。如有查詢，可致電 2476 2414 與楊菁雯主任聯絡。

此致
貴家長



劉強校長謹啟

二零二零年十一月二日

備註：請於 2020 年 11 月 6 日(星期五)或以前將下列回條填妥交回班主任轉交楊菁雯主任辦理。

----- ✂ ----- 回 ----- 條 ----- ✂ -----
(通函 No : 036/2020)

敬覆者：

[請在適當的方格內加✓]

- 本人同意敝子弟接受 貴校提供之「職業治療服務」。
- 本人不同意敝子弟接受 貴校提供之「職業治療服務」。

此覆

錦田公立蒙養學校校長

學生姓名： _____ () 班級： _____

家長/監護人姓名： _____

家長/監護人簽署： _____

聯絡電話： _____

日期： _____

註：請於 2020 年 11 月 6 日(星期五)或以前將回條交回班主任轉交楊菁雯主任。