

學生個別抽離輔導

敬啟者：

就 貴子弟_____班_____ () (學生編號: _____) 的特殊需要/特殊學習需要，本校將按照「三層支援模式」為其提供個別支援。現擬定 10/2020 至 5/2021 於逢星期____(第 節)導修課進行抽離輔導；如半天上課日，則改以逢星期三(第 節)的德育課取代。如有查詢，可致電 2476 2414 與楊菁雯主任或李慧儀老師聯絡。

此致
貴家長



劉強校長謹啟

二零二零年九月廿九日

備註：請於 2020 年 10 月 5 日(星期一)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 : 025/2020)

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「學生個別抽離輔導」。
- 本人不同意敝子弟接受 貴校提供之「學生個別抽離輔導」。

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 10 月 5 日(星期一)或以前將回條交回班主任轉交楊菁雯主任。