



童軍知友社賽馬會朗屏青少年服務中心  
『童樂、童學』學習支援計劃 學校 / 機構轉介表格

編號：\_\_\_\_\_

**第一部分：學童資料 (申請人)**

( 請在適當  內填上√ )

學童姓名：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齡：\_\_\_\_\_ 性別：女 / 男

就讀學校：\_\_\_\_\_ 就讀班級：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_

監護人/父母姓名：\_\_\_\_\_ 與學童關係：\_\_\_\_\_

學童之監護人已  同意轉介至本計劃。

**第二部分：轉介人資料**

轉介人姓名：\_\_\_\_\_ 轉介人職位：\_\_\_\_\_

轉介學校/機構/醫院/團體名稱：\_\_\_\_\_

聯絡電話：\_\_\_\_\_ 傳真號碼：\_\_\_\_\_ 電郵：\_\_\_\_\_

**第三部分：學童現時情況**

已接受「閱讀/書寫障礙」評估，評估機構：\_\_\_\_\_ 評估年份：\_\_\_\_\_

評估結果： 確診 或  懷疑為「閱讀/書寫障礙」  其他：\_\_\_\_\_

已排期等候「閱讀/書寫障礙」評估，評估機構：\_\_\_\_\_ 評估日期：\_\_\_\_\_

其他特殊學習需要： 專注力不足/過度活躍  言語障礙  自閉症  有限智能 其他：\_\_\_\_\_

未曾接受評估

是否有社工跟進： 否 (社工姓名：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_)

學校/機構名稱：\_\_\_\_\_ )

學童情況簡述(可附件形式)：

---



---

轉介人對學童的評估：

---



---

轉介人建議跟進/所需服務：\_\_\_\_\_

其他意見：\_\_\_\_\_

轉介人簽署：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

轉介表格可以傳真或郵遞方式交回本中心，或致電 2475 5441 與本計劃負責社工池瑞雅姑娘聯絡。

地址：元朗朗屏邨賀屏樓平台 216-225 室 電話：2475 5441 傳真：3005 4922