



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：_____