

學生姓名	(中文 Chinese)		Sex 性別 :	相片 Photo
Name of student :	(英文 English)			
出生日期 Date of birth :		Age 年齡 :		
日 Day	月 Month	年 Year	<input type="checkbox"/> 男 M <input type="checkbox"/> 女 F	

就讀學校 School attending:	上課地點 Place	評估結果 Diagnosis	報讀課程 Course
<input type="checkbox"/> 英文學校(EMI) <input type="checkbox"/> 中文學校(CMI) <input type="checkbox"/> 國際學校(International)	<input type="checkbox"/> 土瓜灣 To Kwa Wan <input type="checkbox"/> 沙田 Sha Tin	<input type="checkbox"/> 讀寫障礙 Dyslexia <input type="checkbox"/> 專注不足/過度活躍症 AD/HD <input type="checkbox"/> 其他 Others 藥物 Medication <input type="checkbox"/> 有 Yes _____ <input type="checkbox"/> 沒有 No	<input type="checkbox"/> 中文 Chinese <input type="checkbox"/> 英文 English <input type="checkbox"/> 數學 Math <input type="checkbox"/> 個人 Individual <input type="checkbox"/> 組別 Group <input type="checkbox"/> 兩者皆可 No Preference
年級 Year/ Grade: _____			

父親姓名 Name of father: _____	手提電話 Mobile: _____
職業 Occupation: _____	公司電話 Tel (Business): _____
母親姓名 Name of mother: _____	手提電話 Mobile: _____
職業 Occupation: _____	公司電話 Tel (Business): _____
住址 Home Address: _____	
住宅電話 Tel(Home): _____ 傳真 Fax: _____ 電郵 E-mail: _____	
緊急聯絡人 Emergency Contact Person	
姓名 Name: _____	聯絡電話 Contact no.: _____ 關係 Relationship: _____

學生是否經已評估有特殊學習障礙專注力不足/過度活躍症?
 Has the student been identified as having Specific Learning Disabilities (SLD)/AD/HD? 是 Yes / 否 No
 如經專業評估為特殊學習障礙者, 請附上評估報告副本。If yes, please attach a photocopy of the assessment report.

請為 貴子弟選擇上課時間 Please tick the appropriate time slots for your child's lessons.
 請選擇三節的上課時間, 並在合適的方格內加入✓號。Please select 3 sessions and indicate by placing "✓" in the appropriate boxes.

時間 Time	星期一 MON	星期二 TUE	星期三 WED	星期四 THUR	星期五 FRI	時間 Time	星期六 SAT
10:15-11:30 am						9:00-10:15 am	
11:30-12:45 pm						10:15-11:30 am	
12:45-2:00 pm						11:30-12:45 pm	
2:00-3:15 pm						12:45-2:00 pm	
3:35-4:45 pm						2:00-3:15 pm	
4:45-6:00 pm						3:15-4:30 pm	
6:00-7:15 pm						4:30-5:45 pm	

如需本會提供學費資助, 請向本中心查詢。If you need financial assistance, please obtain an application for reduced fees.

* 請將這報名表連同診斷報告副本傳真、電郵或寄回 Please submit this form and copies of assessment/ reports by fax, email or mail to

九龍學習中心 傳真 Fax: 2870 1779 電郵 Email: info@pathways.org.hk 地址: 九龍土瓜灣盛德街 44 號地下 Address: G/F, 44 Shing Tak Street, To Kwa Wan, Kowloon	沙田學習中心 傳真 Fax: 3105 1414 電郵 Email: info@pathways.org.hk 地址: 沙田顯徑邨顯富樓地下 Address: G/F, Hin Fu House, Hin Keng Estate, Shatin
--	--

博思會收

本人願意繼續收取博思會通訊。I am willing to receive promotion from The Pathways Foundation Ltd. in the future.

家長/監護人簽署 _____ 日期 _____

Parent/Caregiver Signature _____ Date _____

備註: 請在適當的方格內加上"✓"號。Remarks Please put a tick "✓" in the appropriate box.