2013-2014 公益金課餘支援讀寫障礙學生計劃報名表格
2013-2014 CC-ASSP Application Form

學生姓名 Name of student：	（中文 Chinese） （英文 English）	_____ _____	Sex 性別： ☐ 男 M ☐ 女 F
出生日期 Date of birth ： 日 Day _____ 月 Month _____ 年 Year _____		Age 年齡 ： _____	相片 Photo

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

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	
3:15-4:30 pm						2:00-3:15 pm	
4:30-5:45 pm						3:15-4:30 pm	
5:45-7:00 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: infoshatin@pathways.org.hk

地址:沙田顯徑邨顯富樓樓地下

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 Parent/Caregiver Signature_____ 日期 Date _____

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