

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

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) 年級 Year/ Grade: _____	<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.

父親姓名 Name of father: _____ 職業 Occupation: _____ 母親姓名 Name of mother: _____ 職業 Occupation: _____	手提電話 Mobile: _____ 公司電話 Tel (Business): _____ 手提電話 Mobile: _____ 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	
5:45-7:00pm						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.
* 請將這報名表傳真 (2870 1779), 電郵(info@pathways.org.hk)或寄回:
九龍土瓜灣盛德街 44 號地下 or 沙田顯徑邨顯富樓樓下 博思會收
* Please submit this form and copies of assessment/ reports by fax (2870 1779), email (info@pathways.org.hk) or mail to:
G/F, 44 Shing Tak Street, To Kwa Wan, Kowloon or G/F, Wing Hin Fu House, Hin Keng Estate, Shatin.

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.