

學生姓名： (中文 Chinese) _____ Name of student: (英文 English) _____		性別 Sex: <input type="checkbox"/> 男 M <input type="checkbox"/> 女 F	相片 Photo						
出生日期 Date of birth: 日 Day _____ 月 Month _____ 年 Year _____	年齡 Age: _____ 手提電話 Mobile: _____								
就讀學校 Current School: _____	評估結果 Diagnosis: <input type="checkbox"/> 讀寫障礙 Dyslexia <input type="checkbox"/> 其他 Others <input type="checkbox"/> 專注力不足/過度活躍症 AD/HD	報讀課程 Course(s) applied for: <input type="checkbox"/> 中文 Chinese <input type="checkbox"/> 英文 English <input type="checkbox"/> 數學 Maths							
年級 Year/ Grade: _____	藥物 Medication: <input type="checkbox"/> 有 Yes _____ <input type="checkbox"/> 沒有 No	<input type="checkbox"/> 組別 Group <input type="checkbox"/> 個人 Individual <input type="checkbox"/> 兩者皆可 No Preference							
上課地點 Place of study: <input type="checkbox"/> 九龍 Kowloon <input type="checkbox"/> 沙田 Shatin <input type="checkbox"/> 荃灣 Tsuen Wan	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: _____ <b>緊急聯絡人 Emergency Contact Person</b> 姓名 Name: _____ 聯絡電話 Contact no.: _____ 關係 Relationship: _____								
請為 貴子女選擇上課時間 Please choose 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上✓號。 Please select 3 sessions and indicate by placing "✓" in 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 <b>financial assistance</b> , please obtain an application for fee subsidy.									
你從哪裡得知本會的服務? Who referred you to our services? <input type="checkbox"/> 衛生署 CAC <input type="checkbox"/> 就讀學校 School <input type="checkbox"/> 其他機構 Other org. <input type="checkbox"/> 私人轉介 Personal referral <input type="checkbox"/> 私家醫生 Private practitioners <input type="checkbox"/> 宣傳刊物 Publicity materials <input type="checkbox"/> 本人願意收取博思會通訊。 I am willing to receive promotion from The Pathways Foundation Ltd.									
請將報名表格連同評估報告副本傳真、電郵或寄回 Please submit this form with copies of assessment / reports by fax, email or mail to <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">           博思會學習中心            Pathways Foundation Learning Centre            傳真 Fax: 2870 1779    電郵 Email: info@pathways.org.hk            地址：九龍旺角新填地街 470 號海島中心一樓            Address: 1/F, Island Centre, 470 Reclamation Street, Mong Kok, Kowloon         </td> <td style="width: 50%; border: none;">           博思會學習中心 (沙田)            Pathways Foundation Learning Centre (Shatin)            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         </td> </tr> </table>								博思會學習中心 Pathways Foundation Learning Centre 傳真 Fax: 2870 1779    電郵 Email: info@pathways.org.hk 地址：九龍旺角新填地街 470 號海島中心一樓 Address: 1/F, Island Centre, 470 Reclamation Street, Mong Kok, Kowloon	博思會學習中心 (沙田) Pathways Foundation Learning Centre (Shatin) 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
博思會學習中心 Pathways Foundation Learning Centre 傳真 Fax: 2870 1779    電郵 Email: info@pathways.org.hk 地址：九龍旺角新填地街 470 號海島中心一樓 Address: 1/F, Island Centre, 470 Reclamation Street, Mong Kok, Kowloon	博思會學習中心 (沙田) Pathways Foundation Learning Centre (Shatin) 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								
家長/監護人簽署 Parent/Guardian Signature _____				日期 Date _____					

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