

各位家長：

有關「我至專」計劃：學生專注力提升小組事宜

貴子弟於 1 月 4 日接受由聖公會聖基道兒童院兒童健康發展綜合服務的社工之專注力初評，經初評後，貴子弟將推薦參與由該機構到校提供的專注力提升小組，有關詳情如下：

題目：	「我至專」計劃：學生專注力提升小組
目的：	小組期望透過家長的訓練及參與、多元化的活動及遊戲，提升參加者之專注力、學習動機及組織能力。並請注意，小組並非於八堂內解決兒童專注力問題，而是讓家長掌握訓練要訣後，能於家中為學童進行持續訓練。
日期：	27/2, 5/3, 12/3, 16/4, 23/4, 30/4, 7/5, 14/5, 21/5 (逢星期一)
時間：	A 組:下午 2 時 30 分至 3 時 15 分 B 組:下午 3 時 30 分至 4 時 15 分
地點：	本校 111 室
名額：	每組 6 人
協辦機構：	聖公會基道兒童院 兒童健康發展綜合服務
對象：	經初評後獲推薦之小一至小三同學
費用：	全期\$450(有關費用由聖公會基道兒童院 兒童健康發展綜合服務收取，而綜援及低收入家庭則在 <u>完成所有</u> 課堂後獲全數退還，有關詳情請參考附件一。
備註：	1. 鼓勵家長陪同學生出席每節的學生小組，以了解訓練內容在家中繼續跟進。 2. 計劃特安排 28/5(一)為家長分享會(時間:下午 1:30-3:00) ，讓家長更了解學生在小組內的進展及建議家長日後的跟進及教導方法。 3. 參加者必須細閱及簽覆此回條及連同附件一、二及款項一併交回學校。 4. 有關小組之費用/按金由學校代收，並於第一節小組時代家長轉交予聖公會聖基道兒童院 兒童健康發展綜合服務中心，該機構將發收據予家長。 5. 小組後將不設校車服務，請家長自行安排放學安排。

請家長簽覆回條連同已填妥之附件一及二，於 2 月 9 日或以前交回林姑娘。如有任何查詢，請致電 2709 2220 與林巧玉姑娘聯絡。

校長：



(謝麗文)

二零一二年二月七日

回 條有關「唯我至專」計劃：學生專注力提升小組事宜

謝校長：

本人已知悉特別通告第(101)號之內容，並

* 同意敝子女參加「我至專」計劃：學生專注力提升小組(A 組 / B 組)，並連同附件一、二及\$450 之費用交學校轉交 聖公會基道兒童院 兒童健康發展綜合服務。

* 本人將 出席 / 不出席 28/5(一)的家長分享會

* 敝子女的放學安排： 自行放學 家長接送

不同意敝子女參加「我至專」計劃：學生專注力提升小組。

____ 班 學生： _____ ()

家長簽署： _____

二零一二年二月 日 (*請在適當的 內加✓)



敬啟者：

有關「我至專」計劃—學生專注力提升小組

本院自 1935 年成立至今，一直致力服務香港兒童。為了進一步促進社會大眾關注兒童健康，於 2004 開展兒童健康發展綜合服務，全力推廣兒童健康訊息，希望締造一個可供全人健康成長的生活環境。

承蒙 攜手扶弱基金資助，本院由 2011 至 2012 年推展一項跨專業的學童支援服務 — 「家」新力量，以支援患有專注力失調/過度活躍症或有此傾向的學童。本計劃現提供專注力提升小組，以提升兒童之專注力及學習能力，詳情如下：

小組名稱：	「我至專」—學生專注力提升小組 (9 節)	
負責導師：	註冊社工	
日期：	學生小組：27/2, 5/3, 12/3, 16/4, 23/4, 30/4, 7/5, 14/5, 21/5 (逢星期一) 家長分享會：28/5 學生不用出席。	
時間：	A 組:下午 2 時 30 分至 3 時 15 分	B 組:下午 3 時 30 分至 4 時 15 分
地點：	觀塘官立小學(秀明道) 111 室	
服務內容：	小組期望透過家長的訓練及參與、多元化的活動及遊戲，提升參加者之專注力、學習動機及組織能力。並請注意，小組並非於九堂內解決兒童專注力問題，而是讓家長掌握訓練要訣後，能於家中為學童進行持續訓練。	
費用：	本計劃由攜手扶弱基金資助，故參加者必須填報個人資料及申報家庭收入，以確認合乎資助機構要求。 合資格資助者每節按金費用為 50 元正 ，須於小組開始前收取全期總按金(9 節即共收取 450 元)，如全期沒有缺課，將於小組全期最後一節全數費用獲退回，如缺課則每節扣除\$50 元正。 不合乎津助資格參加者每節收費為 50 元(全期\$450) ，亦須於小組開始前繳交全期費用。(支票抬頭：「聖公會聖基道兒童院有限公司」或「S.K.H. St. Christopher 's Home Limited」)	
備註：	1. 參加者繳費後不可隨意退出，若本計劃因本身理由而將活動延期或取消，將安排補堂或退款；若因參加者個人理由/健康理由退出或缺席，所繳費用恕不退還。 2. 本計劃需要向資助機構提交報告，導師需在小組拍攝學童活動照片及錄象作為報告及內部培訓之用。	

此致
貴 家長

2012 年 2 月 7 日



回 條

本人知悉及明白計劃內容，並 同意/不同意 _____ 班 學生 _____ 參與上述學生小組，同時填妥參加者資料表格，並依時出席每節訓練。(*請刪去不適用) 本計劃期望家長能出席並參與訓練小組，請家長於能夠出席之日期加上「✓」。

- 27/2/2012 5/3/2012 12/3/2012 16/4/2012 23/4/2012
 30/4/2012 7/5/2012 14/5/2012 21/5/2012 28/5/2012

家長姓名：_____

家長簽署：_____

2012 年 2 月 日

聯絡電話：_____



家」新力量 參加者資料

一、 個人資料

學生姓名： _____ 性別： 男 / 女

就讀年級： _____ 出生日期： _____ 年 月 日

住址： _____

就讀學校： 觀塘官立小學(秀明道)

聯絡電話： _____ 電郵地址： _____

家長姓名： _____ 與學生關係： _____

二、 經濟狀況

1. 接受綜援家庭： 是 否
2. 住屋情況： 自置物業 租住
3. 有否其他資助： 車船津貼(全津/半津)* 書簿津貼(全津/半津)*
4. 家庭總收入(每月)： \$ _____

家庭成員(同住)	人數
學生本人	1
父母	
兄弟姊妹	
(外)祖父母	
其他： _____	

總人數： _____

*刪去不適用者

(轉後頁)

三、服務須知

本人 _____ (家長) 謹此聲明：

本人知悉部份活動可能令參加者達致中度或以上之運動量，並認為參加者 _____ (學生) 身體狀況適合進行此類活動，如有任何身體狀況改變，將立即知會 貴機構。

同時，本人於以上提供之資料均屬完整真確，並明白及同意聖公會聖基道兒童院 或 資助單位會根據本人所提供的一切資料評估本人家庭的資助資格；如有虛報或隱瞞事實，貴機構有權取消本人的申請資格及要求本人繳交一切相關收費款項；而活動過程可能會攝影或錄像以作內部存檔及對外報告之用。

申請人簽署：_____ 日期：_____

四、小組收費準則

組別	費用	合資格條件
I	全免 需收取按金*註 2	<ul style="list-style-type: none">● 綜援家庭學童或● 家庭人均收入於\$5000 以下 (例：4 人家庭總收入不超過\$20000)
II	每節 50 元 (如 9 節 450)	家庭人均收入：\$5001- \$8000

註 1：由於本計劃受攜手扶弱基金資助，故參加者必須申報家庭收入，以通過資助資格。資格審核會由本院及資助機構釐定，不得異議。學生有特殊經濟困難及需要(如單親或家庭負債嚴重等等不同問題)，將獲酌情考慮。

註 2：為免同學缺席而影響治療進度，我們設立按金制度。組別一之合資格資助者每節按金費用為 50 元正，(如 9 節即共收取 450 元)。而按金將於小組全期最後一節發還，但參加者每缺席一節將會扣除一節按金。

註 3：按金及小組費用需小組開始前繳交，而有經濟困難之家庭可酌情處理。