



PACT

自閉症兒童家庭為本溝通訓練課程

報名表

報名表寄往：九龍觀塘海濱道 133 號萬兆豐中心 10 樓 J-L 室協康會 PACT 課程
附上劃線支票 (港幣\$600；抬頭為「協康會」)
查詢電話: 36186331 傳真: 27761837

請以中文正楷填寫。以下資料只用作報名用途，供本計劃的協康會同工參閱，所有資料將會保密

第一部份 個人資料

A. 家長姓名: (中文) _____ (英文): _____
家長性別: _____ 電郵地址: _____
電話: (住所) _____ (辦公室) _____ (流動電話) _____
住址: _____
通訊地址(如不同): _____

第二部份 子女資料 (在適當的 填上)

B. 兒童姓名: (中文) _____ (英文): _____
性別: _____ 年齡及出生日期: _____ 身份證明文件號碼: _____
現有服務: 特殊幼兒中心 早期教育及訓練中心 幼稚園暨幼兒中心兼收計劃
 到校學前康復服務 學習訓練津貼 其他 (請註明): _____
中心名稱 (請註明): _____
特殊需要: 確診為自閉症譜系障礙 評定為具自閉症癥狀 未接受任何評估
評估機構及日期(如有): _____
兒童的言語能力: 非言語 單字 短句 完整句子
兒童智能是否達一歲或以上: 是 否 不知道
以上資料需核實，請選擇一項合適的核實方法 (在適當的 填上)
 1. 本人的子女現於協康會名下中心接受服務，現由中心主任/社工/高級幼兒導師核實以上資料
同工職位: _____ 同工姓名: _____ 同工簽署: _____
 2. 本人的子女現正接受於協康會到校學前康復服務，本人同意此計劃同工向到校學前康復服務
主任核實以上資料，主任的姓名為: _____
 3. 本人並非於協康會接受服務，現附上有關報告，以證明本人的子女已確診為自閉症譜系障礙
或評定為具自閉症癥狀，以及智能達一歲或以上



注意事項

1. 本課程以訓練父母為主，父母當中一人為主要參加者，需帶同孩子出席每節課堂
2. 歡迎另一位家長同時出席旁聽
3. 本課程的內容不適合家庭傭工及祖父母作主要參加者

C. 第三部份 時間及地點 (名額有限，本會只能盡量安排，敬請見諒)

填寫可以接受服務的時間時，家長請：

1. 在可以接受服務地點、日子、時段的空格中填上數字，1 為首選，2 為次選，3... 4... 5... 如此類推。並在不可能出席的時段填上 x
2. 請盡量填寫可以接受服務的時間，獲安排的機會越高

服務地點	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六
協康會青蔥計劃大坑東中心 (九龍石硤尾大坑東邨東滿樓 10-14 號地下)						
協康會順利中心 (九龍觀塘順利邨利富樓 2 樓 109 至 112 室)						

服務時間	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六
9:30-11:30						
13:30-15:30						
15:45-17:45						

D. 第四部份 其他及個人資料(私隱條例)

1. 本人知悉如中選或進入候補名單，協康會職員會於 2019 年 2 至 6 月期間與本人聯絡。本人亦知悉如在 2019 年 9 月前沒有收到電話通知則代表落選，協康會請用以下方法處理本人的支票
2. 本人同意接受協康會所提供的 PACT 自閉症兒童家庭為本溝通訓練課程。本人明白及同意，根據個人資料(私隱)條例，本人所提供的個人資料，是為本人提供服務時使用；供本計劃的協康會同工參閱，所有資料將會保密。本人亦獲悉，如本人需要查閱個人資料紀錄，可向協康會作書面申請。

申請人簽署: _____ 申請人姓名: _____ 日期: _____