



請填妥報名表格並傳真/郵寄/電郵至本中心

地址：香港德輔道西418號太平洋廣場2107B室

電郵：info@seedseps.org

電話：2117 2170

傳真：2857 1710

心理服務/言語治療報名表格

申請人資料

兒童姓名：(中文) _____ (英文) _____ 性別：_____

就讀學校：_____ 班別：_____ 出生日期：_____ 年齡：_____

監護人姓名：_____ 與兒童關係：_____ 聯絡電話：_____

地址：_____

電郵：_____ 從何途徑得知本服務：_____

家庭成員資料

成員	年齡	職業/教育程度
父親		
母親		
兄/弟/姊/妹		

成員	年齡	職業/教育程度
兄/弟/姊/妹		
其他：		
其他：		

兒童資料

1. 兒童溝通語言：☐ 廣東話 ☐ 英語 ☐ 普通話 ☐ 其他：_____

2. 兒童曾否接受醫生診斷/心理學家評估？☐ 沒有 ☐ 有，診斷結果：_____

提供診斷/評估的機構：_____ 診斷日期：_____年 _____月

3. 最近有沒有特別經歷發生在兒童身上？☐ 沒有 ☐ 有，是什麼經歷：☐ 親人去世/離開
☐ 父母不和/離婚 ☐ 住院 ☐ 被虐 ☐ 其他：_____

4. 請詳述兒童的問題：_____

5. 何時開始留意到上述情況：_____

6. 兒童在學習上有沒有特別困難？☐ 沒有 ☐ 有：☐ 中文 ☐ 英文 ☐ 數學 ☐ 其他：_____

請簡述問題_____

7. 請簡述期望得到的幫助：_____
