

小橡果兒童發展中心  
Little Acorn Child Development Centre

地址：九龍彌敦道 208-212 號四海大廈 602 室

電郵：[littleacornchild@gmail.com](mailto:littleacornchild@gmail.com)

網頁：[www.littleacorn.com.hk](http://www.littleacorn.com.hk)

電話：2317 1122

傳真：2317 1399

\*\*\*\*\*

申請服務表

學生編號：LA \_\_\_\_\_ (由本中心填寫)

申請人資料

兒童姓名：(中文)		兒童姓名：(英文)	
性別：		出生日期：	
就讀學校：		班別：	
主要困難：			
父親姓名：		母親姓名：	
監護人姓名：		與兒童關係：	
聯絡電話：	(1)	聯絡電話：	(2)
電郵：			
住址：			
從何途徑得知本服務： <input type="checkbox"/> 傳單 <input type="checkbox"/> 上網 <input type="checkbox"/> 親友，姓名：_____ <input type="checkbox"/> 其他：			
接收本中心未來活動資訊： <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Whatsapp <input type="checkbox"/> 不需要			

兒童資料		
1. 就讀學校類別：	<input type="checkbox"/> 早期教育及訓練中心/特殊幼兒中心/兼收位幼兒中心	
	<input type="checkbox"/> 幼稚園/幼兒中心 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 特殊學校	
	<input type="checkbox"/> 其他：	
2. 溝通語言：	<input type="checkbox"/> 廣東話 <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 普通話 <input type="checkbox"/> 其他：	
3. 兒童有否長期身體疾病？	<input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有，請註明：	
4. 除就讀的學校外，兒童曾經/現正接受的訓練/治療：		
服務類別/內容	提供服務機構名稱	接受服務日期
1.		至
2.		
3.		
4.		
5. 兒童曾否接受智能評估？	<input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有	
6. 如有，智能程度是：	<input type="checkbox"/> 資優 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 有限智能 <input type="checkbox"/> 弱智(輕度/中度/嚴重)	
7. 提供評估的機構：_____ 評估日期：____年____月____日		

## 小橡果兒童發展中心

### Little Acorn Child Development Centre

地址：九龍彌敦道 208-212 號四海大廈 602 室

電郵：[littleacornchild@gmail.com](mailto:littleacornchild@gmail.com)

網頁：[www.littleacorn.com.hk](http://www.littleacorn.com.hk)

電話：2317 1122

傳真：2317 1399

#### 8. 希望提供服務之時段：

● 星期\_\_\_\_\_，上/下午\_\_\_\_\_時\_\_\_\_\_分至\_\_\_\_\_時\_\_\_\_\_分

● 星期\_\_\_\_\_，上/下午\_\_\_\_\_時\_\_\_\_\_分至\_\_\_\_\_時\_\_\_\_\_分

其他：\_\_\_\_\_

#### 9. 身體情況：

● 聽覺 沒有異常 弱聽，簡述：\_\_\_\_\_

● 視力 沒有異常 弱視，簡述：\_\_\_\_\_

● 肌能 沒有異常 有障礙，簡述：\_\_\_\_\_

● 長期服藥 不需要 需要，簡述：\_\_\_\_\_

● 語言能力 沒有異常 有障礙，簡述：\_\_\_\_\_

● 是否患有 G6 PD 是 否 \_\_\_\_\_

● 其他弱能/疾病：\_\_\_\_\_

● 食物或藥物敏感 沒有 有，請注明：\_\_\_\_\_

#### 10. 希望提供之服務(如適用)：

●  職業治療/感統評估

●  言語治療評估

●  物理治療評估

●  幼兒綜合評估

●  臨床心理學家評估

●  職業治療/感統訓練

●  言語治療訓練

●  物理治療訓練

●  音樂治療訓練

●  幼兒導師訓練

●  密集式學前兒童基礎訓練

●  小組訓練

## 小橡果兒童發展中心

### Little Acorn Child Development Centre

地址：九龍彌敦道 208-212 號四海大廈 602 室

電郵：[littleacornchild@gmail.com](mailto:littleacornchild@gmail.com)

網頁：[www.littleacorn.com.hk](http://www.littleacorn.com.hk)

電話：2317 1122

傳真：2317 1399

#### 報名須知：

1. 報名一經接納，本中心將發出有關之收據給閣下。
2. 家長可親臨中心辦理報名手續，並繳付有關的費用以確認留位。繳付費用可以(一)現金 (二) 支票 (支票抬頭寫上「小橡果兒童發展中心有限公司」或“Little Acorn Child Development Centre Limited”) (三)轉帳 (銀行帳號 (恒生銀行 383-892510-001)或轉數快 (電話: 61801852) ，亦可以郵寄方式，填妥報名表連同支票寄至「九龍彌敦道 208-212 號四海大廈 602 室」，所有報名均以郵戳日期為準。
3. 本中心職員收到報名表後，將會有專人聯絡家長，以安排面見/評估及訓練。
4. 請在報名手續完成後，保留收據至訓練完結，以便因服務改期或人數不足時，可憑收據退回款項。在任何情況下遺失收據，均不會獲補發。
5. 若本中心將訓練延期或取消，致令參加者未能出席，本中心將安排補堂。如課程人數不足，本中心將於開班前 7 個工作日通知家長安排轉報其他合適的項目或退還已繳費用。
6. 若學童因私人理由無故臨時退出，所繳交費用恕不退還。
7. 所有已預約之服務，需先在上課前繳交費用，否則課堂將會自動取消。
8. 請最遲於每個月的最後一堂繳付下月的費用，如本中心未收到有關費用，有權取消已預約之服務。
9. **如退出各項訓練，需預早一個月前通知。**
10. 評估及訓練一經作實，所繳交之費用不獲退還，亦不能由其他人士代替上課。
11. 最新修訂之《個人資料(私隱)條例》已於 2013 年 4 月 1 日起執行。本中心向來不時發放訊息，讓閣下能了解本中心的消息，包括通訊、活動、課程及收集意見等。本中心繼續使用閣下的通訊資料 (如姓名、電話、電郵及郵寄地址等)作上述之用途，如反對本中心將閣下的個人資料作上述之用途，請以書面或電郵 ([littleacornchild@gmail.com](mailto:littleacornchild@gmail.com)) 通知本中心。除作上述用途之外，本中心不會以任何形式出售、租借或轉讓閣下的資料予任何人士或組織。如有任何查詢，請與本中心職員聯絡。

#### 上課注意事項

1. 請準時出席訓練，如遲到者將不獲補時。
2. 若在訓練前兩小時遇上惡劣天氣，即天文台懸掛八號、或以上風球或黑色暴雨警告時，則該日訓練會取消，本中心將於事後通知補堂安排。當天文台懸掛三號風球、黃色或紅色暴雨警告時，訓練仍會如常舉行。
3. 請保持安靜及輕力開關課室門，以免影響其他學童上課。
4. 如學童患有水痘、紅眼症、霍亂、德國麻疹、手足口病、流行性腮腺炎、結核病、猩紅熱、傷寒、百日咳、麻疹、白喉、桿菌痢疾、病毒性甲型肝炎、腦膜炎雙球菌感染、皮膚傳染病或其他傳染

## 小橡果兒童發展中心

### Little Acorn Child Development Centre

地址：九龍彌敦道 208-212 號四海大廈 602 室

電郵：[littleacornchild@gmail.com](mailto:littleacornchild@gmail.com)

網頁：[www.littleacorn.com.hk](http://www.littleacorn.com.hk)

電話：2317 1122

傳真：2317 1399

病，或學童體溫高於(腋探-37.3度/99.1度、口探-37.5度/99.5度、耳探38度/100.4度、肛探-38度/100.4度)(資料來源: 衛生署，衛生防護中心2010年1月18日體溫監測指引)便不可出席訓練。

5. 所有報讀的課程，如因病及事假而須補堂，必須於三個月內安排補回，逾期將不獲退款及補堂。
6. 請小心保管財物及隨身物品，如有任何損失，本中心恕不負責。
7. 請保持地方清潔及整齊，並愛惜中心玩具及用品，如有地方弄污或損壞，請即通知本中心職員。
8. 負責治療師/職員或會攝錄部份活動內容作家長參考(家長不可將攝錄內容轉寄及外傳)，或員工內部培訓之用。
9. 上課時家長不得進行攝影，錄影及錄音。

#### 請假須知

1. 如學童因私人理由缺席課堂，所繳交的費用恕不設退款或補堂，敬請各家長留意。
2. 事假需於上課日前訓練，最少三個工作天通知本中心，以便安排調動課堂。
3. 如上課當日請病假者，須於上課前三小時或早上 8:00 前 Whatsapp 通知本中心，電話號碼：61801852，並須出示醫生證明，否則恕不安排補課，敬請各家長留意。
4. 小組每月告事假不可多於一次，而且必須於上課前三個工作天或之前通知，否則在任何情況下恕不補堂，亦不能順延或退款。

**\*\*\*家長所提供的資料絕對保密，並只限於申請服務之用\*\*\***

家長簽署：\_\_\_\_\_

家長姓名：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

中心專用：