



童軍知友社賽馬會朗屏青少年服務中心
『躍』動孩子心計劃 學校 / 機構轉介表格

編號：_____

第一部分：學童資料 (申請人)

(請在適當 內填上✓)

學童姓名：_____ 出生日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日 年齡：_____ 性別：女 / 男

就讀學校：_____ 就讀班級：_____

地址：_____ 聯絡電話：_____

監護人/父母姓名：_____ 與學童關係：_____

學童之監護人已 同意轉介至本計劃。

第二部分：轉介人資料

轉介人姓名：_____ 轉介人職位：_____

轉介學校/機構/醫院/團體名稱：_____

聯絡電話：_____ 傳真號碼：_____ 電郵：_____

第三部分：學童現時情況

已接受 ADHD 評估，評估機構：_____ 評估年份：_____

評估結果： AD/HD 確診個案 有 AD/HD 特徵

已排期等候 ADHD 評估，評估機構：_____ 評估日期：_____

其他特殊學習需要： 讀寫障礙 言語障礙 自閉症 有限智能 其他：_____

未曾接受評估

是否有社工跟進： 否 是 (社工姓名：_____ 聯絡電話：_____)

學校/機構名稱：_____

學童情況簡述(可附件形式)：

轉介人對學童的評估：

轉介人建議跟進/所需服務：_____

其他意見：_____

轉介人簽署：_____ 日期：_____

轉介表格可以傳真或郵遞方式交回本中心，或致電 2475 5441 與本計劃負責社工廖凱兒姑娘聯絡。

地址：元朗朗屏邨賀屏樓平台 216-225 室 電話：2475 5441 傳真：3005 4922