

財團法人中華民國自閉症基金會 函

地址：臺北市中山北路5段841號4樓之2
承辦人：林玢倩
電話：02-28323020#18
傳真：02-28325286
電子信箱：wendy@fact.org.tw

330 桃園市桃園區縣府路1號14,15樓

受文者：桃園市政府教育局

發文日期：中華民國105年5月31日

發文字號：自基字第1050002041號

速別：普通

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：活動簡章1份

主旨：本會舉辦《星兒的青春心事-10歲~20歲的生命》親職教育專題研習，

敬請 惠予協助函轉所屬國小至高中教師、家長活動訊息。

說明：

一、活動時間：105年7月3日(日)9:00~16:00。

二、活動地點：

明日之星北投工坊-台北市北投區石牌路二段99巷9號4樓。

(永明派出所對面，川秀藥局樓上，石牌捷運站1號出口)

三、詳情請參閱附件簡章或上本會網站 www.fact.org.tw。

正本：桃園市政府教育局

副本：財團法人中華民國自閉症基金會(以上均含附件)

董事長

黃干芳



特殊教育科 105/06/04 13:29



121050044376 有附件

特

財團法人中華民國自閉症基金會

《星兒的青春心事-10歲~20歲的生命》親職教育課程

提到「兩性關係」家長最常有的問題就是—「要從孩子幾歲的時候開始教？」「要教些什麼？要怎麼教？」我們特地邀請到從事臨床工作多年的陳彥玲老師，讓我們瞭解星兒的青春心事，如何看待兩性關係，以及探討、學習如何面對親密關係的困境，內容豐富精采，不要錯過喔！

★日期與時間：105年7月3日(日)上午9:00至下午4:00

★上課地點：明日之星北投工坊-台北市北投區石牌路二段99巷9號4樓

(永明派出所對面，川秀藥局樓上)

★對象與名額：泛自閉症障礙類學生之家長為主，教師或相關專業人員；40名。

★彥玲老師將於上課前提供個別會談，以備設計最佳課程內容。(上課前通知時間，每一家庭15分鐘)

★課程師資：

陳彥玲 老師

學歷：美國國際身心醫大能量醫學暨整體心理學博士

臺大醫學院碩士

美國加州大學洛杉磯分校人類暨兒童發展 碩士

美國加州大學洛杉磯分校特殊教育(專攻資優教育) 碩士

現職：中華民國身心健康醫學教育學會籌備處主任、英國明慧學校董事

精神健康基金會論壇組召集人、媒體專欄作家

經歷：明慧教育學會理事長(已於德國 緬甸成立分會)

台大兒童精神科短期研究員政大教育學程特殊教育召集人、教育部特殊教育校園療育計畫協同主持人

荒野保護協會兒童教育委員會召集人、中華民國少數族群權益促進會常務理事、美國國際心身醫科大學研究

員/副教授、亞太區學務長、宇光兩岸文化經貿交流學會理事

美國洛杉磯兒童醫院實習治療師，雙語諮商專長領域：心理治療、兒童發展遲緩問題、兒童青少年行為問題

★課程簡介(暫訂)：

時間	主題
9:00-10:20	相見歡/ 天涯何處尋妙藥
10:20-10:30	休息片刻
10:30-12:00	了解生命的特點 取長補短
12:00-13:00	午餐
13:00-14:20	青春何事 煩惱何存
14:20-14:30	休息片刻
14:30-16:00	形成正能量團體 互相扶持

★課程費用：每人500元(含講義午餐)

★備註：1、本次課程恕不接受現場臨時報名，請見諒。2、課程無臨托服務，請先妥善安置幼兒。

3、為響應環保，請自備環保杯。

★報名辦法及報名表(P2)：

1.報名日期與方式：即日起，額滿為止。請先至郵局劃撥繳費後，

(1)網路報名：<http://goo.gl/forms/dgsbQMN8ow> 或

(2)傳真報名：填妥報名表連同收據，傳真至本會並來電確認，謝謝！

★帳號及戶名：11776805 財團法人中華民國自閉症基金會

★通訊欄請填：7/3 星兒的青春心事、參加者姓名及人數

2.聯絡人：林妘倩 02-2832-3020#18;wendy@fact.org.tw 傳真：02-2832-5286

3.課程當天若遇颱風、地震等天災，人事行政局宣布北北基停班停課，另延期再舉辦。

- 4.退費方式：①自行報名繳費後如不克參加請於實際上課 14 天前(含六日)提出申請，全額退還報名費(但必需自行負擔 2 次轉帳手續費)。開課前 8-14 天內(含六、日)提出申請者，退還已繳報名費用七成。開課前 7 天內(含六日)提出申請者，退還已繳報名費用六成。②課程當天未出席者，不予退費。
- 5.申請退費：包括個人或是停課集體退費，皆請備妥原繳費收據及個人金融帳戶存摺影本，傳真至本會辦理，未能提供上述書面資料者，恕無法退費。

105.07.03 《星兒的青春心事》親職教育課程報名表

姓名	職稱	飲食需求	<input type="checkbox"/> 葷 <input type="checkbox"/> 素
參加者身分 (務必填寫)	<input type="checkbox"/> 家長：孩子生日(西元)_____年_____月_____日 1. 就學年齡： <input type="checkbox"/> 學前 <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 大專(含以上) 2. 診斷類別： <input type="checkbox"/> 自閉症_____度(<input type="checkbox"/> 是否為亞斯伯格自閉症) <input type="checkbox"/> 未確診 <input type="checkbox"/> 其他診斷：_____		
	<input type="checkbox"/> 教師： <input type="checkbox"/> 普教 <input type="checkbox"/> 特教 <input type="checkbox"/> 教保員 <input type="checkbox"/> 補教 <input type="checkbox"/> 就輔員 <input type="checkbox"/> 其它_____ 教學年齡層： <input type="checkbox"/> 學前 <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 大專(含以上)		
	<input type="checkbox"/> 其他專業人員： <input type="checkbox"/> _____醫師 <input type="checkbox"/> 護理人員 <input type="checkbox"/> _____治療師 <input type="checkbox"/> 社工師(員) <input type="checkbox"/> 其它_____		
	<input type="checkbox"/> 學生： <input type="checkbox"/> 大學；科系_____ <input type="checkbox"/> 研究生；科系_____ <input type="checkbox"/> 其他_____；科系_____		
電子郵件	(寄發通知用，請務必工整填寫)		<input type="checkbox"/> 訂閱《牽引》會訊(免費) (已訂閱者勿重複訂閱)
地址	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (寄發牽引會訊用，請務必工整填寫)		
聯絡電話	(H)手機(寄發通知用，請務必工整填寫) (O)		
收據抬頭	(若未註明則以個人名義開立)		
繳費情形	<input type="checkbox"/> 已繳交費用 700 元；劃撥日期_____月_____日		

劃撥收據黏貼處(傳真報名用)

填寫完後請傳真至：02-2832-5286 並來電：02-2832-3020#18 確認，謝謝!