

# 天主教培聖中學

## 家長通知書

上主，求你引我進入真理之路，因為你是救我的天主。(詠 25：4-9)

編號：A405/22-23

敬啟者：

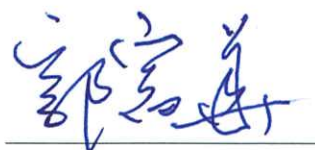
### 「中日友共情—關西紀行」遊學團入選通知

貴子弟貴子弟經過面試及評審，獲取錄參加「『中日友共情—關西紀行』遊學團」，有關詳情臚列如下，敬希查照：

舉辦組織：	地理科、歷史科及日文科
日期：	2023年7月3日至2023年7月9日(共7天6夜)
活動地點：	日本大阪、京都、神戶
協辦機構	愛達旅遊有限公司
費用：	團費：\$5,600(已扣除「國際青年交流資助計劃」及學校資助，團費包括機票、住宿、膳食、基本的團體綜合旅遊保險等，不包括額外旅遊保險、往返香港機場車費及購物開支。)
負責及帶隊老師：	袁施琪、陳婉婷、王康年及游嘉欣老師
集合日期：	2023年7月3日(星期一)
集合時間：	待定
集合地點：	香港國際機場
解散日期：	2023年7月9日(星期日)
解散時間：	待定
解散地點：	待定
活動行程	請參閱附件二
備註：	<p>1) 學生須出席2個工作坊</p> <p>工作坊(一)：互相認識、國情交流準備、出發前簡介會 日期：6月23日(星期五)，地點本校418室 第一節(下午4:30至5:45)為分組互相認識活動及國情交流準備講座 第二節(下午6:00-7:00)為出發前簡介會 誠邀家長一同出席第二節活動。旅行社及校方將於會提醒學生活動安排及注意事項。</p> <p>工作坊(二)：日本文化講座與日式包布工作坊 日期：6月27日 時間：下午3:30-5:00 地點：日本國駐香港總領事館多用途活動室(中環交易廣場一期46樓)</p> <p>2) 須持有最少6個月有效期(以9/7/2023起計算，即有效期應至9/1/2024或之後)的有效護照(附相片頁)及身分證(所有證件副本須於21/6/2023或之前交學校統一辦理預訂機票)。</p> <p>3) 非本港居民的學生須自行申請旅遊簽證。</p> <p>4) 同學生須於21/6/2023前，以支票形式繳付全費\$5,600，支票抬頭為「天主教培聖中學法團校董會」。逾期繳款的學生，將會被視為放棄參加論。</p> <p>5) 參加學生如因私人理由於出發前退團，將不獲發退回所繳費用。</p> <p>6) 為了讓帶隊老師給予適切的照顧，請審慎填寫附件三之「健康申報表」，並確保資料詳盡無誤。</p>

倘 台端同意 貴子弟參加是次活動，請簽署下列回條，並著 貴子弟於六月廿一日(星期三)前帶回逕交袁施琪老師辦理為荷。如對是次活動有任何查詢，請致電本校 2445 0800 與袁施琪老師聯絡。

此致  
貴家長



天主教培聖中學  
郭富華校長

二零二三年六月十九日

(編號：A405/22-23)

家長通知書回條

(回條須於六月廿一日前交回袁施琪老師)



敬覆者：

來函敬悉有關「『中日友共情—關西紀行』遊學團」事宜。本人\*同意/不同意敝子弟參加是次活動。

本人將\*會/不會出席 23/6 的簡介會。

此覆  
天主教培聖中學校長

中\_\_\_\_級\_\_\_\_班\_\_\_\_號學生：\_\_\_\_\_

學生家長/監護人簽署：\_\_\_\_\_

學生家長/監護人姓名：\_\_\_\_\_

二零二三年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

\* 請刪去不適用者

## 健康申報表

學生姓名：\_\_\_\_\_

班別：\_\_\_\_\_

學號：\_\_\_\_\_

## 1. 病歷及健康狀況：(請在空格加上√號)

病症	曾經患上 (請列明病癒年 份、月份)	現時患上	需定時/期服用之藥物 (請列明藥物名稱及服用 情況)	導致敏感的 藥物名稱
心臟病				
哮喘				
羊癇症				
血壓高/低				
貧血				
肺癆				
肝病				
血友病				
糖尿病				
肺結核				
愛滋病				
腎病				
高熱引致抽搐				
飲食失調				
藥物敏感				
食物敏感				
過度活躍症				
六磷酸葡萄糖 脫氫酵素缺乏 症				
其他  (請註明)				

其他補充資料：

---



---

如學生現正接受藥物治療或其他個別醫療照顧，請填寫：

---



---

## 2. 家長/監護人聲明

本人子女以往 有 / 沒有\* 接受過手術。如有，請註明：\_\_\_\_\_

本人子女的主診醫生(如適用) 姓名：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_

本人子女以往 \*曾 / 不曾有經驗顯示其健康情況不適宜作劇烈運動。

本人子女之膳食 \*需要 / 不需要特別安排。如需要，請註明：\_\_\_\_\_

本人 \*認為 / 不認為子女的身體健康狀況良好，適合參加是次交流活動。

本人 \*同意 / 不同意子女在有需要時服用非處方藥物（如：止痛藥/必理痛）。

如有其他關於貴子女的資訊是我們需要注意的, 請提供如下:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

家長/監護人姓名：\_\_\_\_\_

家長/監護人簽署：\_\_\_\_\_

與申請人關係：\_\_\_\_\_

家長/監護人手提電話號碼：\_\_\_\_\_

其他電話號碼 (如有): \_\_\_\_\_ (在緊急時, 可供聯絡之用)

( \* 請刪去不適用者 )

## 3: 學生聲明

本人(學生姓名) \_\_\_\_\_ 承諾會遵從老師的指示，遵守當地大學校園規則，參與所有行程和活動，注意個人衛生，並妥善保管好自己的物品。

學生簽署：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_