

# 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：A327/23-24

敬啟者：

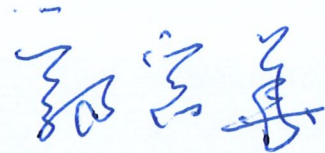
## 空中瑜珈體適能

本校向來注重學生的全人發展，除關注同學的學業成績外，亦重視同學的身心發展，故經常舉辦不同之課外活動，供同學們參與。查 貴子弟有意參加是次活動，詳情如下：

舉辦組織：	博愛醫院青少年服務、學生支援組
日期：	26/6, 2/7, 4/7, 5/7
地點：	博愛醫院慧妍雅集新 Teen 地(天水圍天恆邨停車場大樓 A 翼五樓 2 號單位)
領隊：	林穎詩小姐
集合時間：	上午 10:30-12:00
集合地點：	博愛醫院慧妍雅集新 Teen 地
解散地點：	當地解散
備註：	<ul style="list-style-type: none"><li>● 體驗活動包括空中瑜珈體驗，由專業導師帶領</li><li>● 學生穿著輕便衣服(長褲)</li><li>● 學生自備來回車費</li></ul>

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 6 月 14 日(星期五)前帶回逕交學生支援組林穎詩小姐辦理為荷。如對是次活動有任何查詢，請致電本校 2445 0800 與林穎詩小姐聯絡。

此致  
貴家長



天主教培聖中學  
郭富華校長

二零二四年六月六日

(編號：A327/23-24)

## 家長通知書回條

(回條須於 6 月 14 日前交回學生支援組林穎詩小姐)

敬覆者：

來函敬悉有關「空中瑜珈體適能」事宜。本人\*同意/不同意敝子弟參加是次活動。

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：\_\_\_\_\_

二零二四年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

\* 請刪去不適用者

