

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：A221/24-25

敬啟者：

紐西蘭遊學團入選通知書

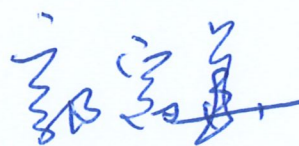
本校向來注重學生的全人發展，除關注同學的學業成績外，亦重視同學的身心發展，故經常舉辦不同之課外活動，供同學們參與。查 貴子弟有意參加上述活動，詳情如下：

舉辦組織：	英文科
日期：	2025年6月25日至2025年7月9日(共15天14夜)
遊學團地點：	紐西蘭的奧克蘭
協辦機構	億達國際旅行社
費用：	1) 團費：\$29,800 (包括來回機票、寄宿在接待家庭的費用、膳食、學習費用、觀光、基本的團體綜合旅遊保險等， <u>不包括</u> 額外旅遊保險、往返香港機場車費及購物開支。)。 2) 扣除學校資助每位參加學生\$3,000，實際繳付金額為\$26,800。
負責老師：	黃凱欣老師
帶隊老師：	黃凱欣老師
集合日期：	2025年6月25日(星期三)
集合時間：	晚上9時10分(待定)
集合地點：	香港國際機場1號客運大樓(待定)
解散日期：	2025年7月9日(星期三)
解散時間：	下午9時40分(視乎當日航班降落的確實時間)
解散地點	香港國際機場接機大堂
備註：	1) 入選的學生須於 25/2/2025 或以前，以 <u>支票</u> 形式繳付全費 \$26,800 ，支票抬頭為「天主教培聖中學法團校董會」。逾期繳款的學生，將會被取消入選資格。 2) 按紐西蘭政府規定，原屬於免簽證國家的旅客，都必須預先申請「紐西蘭電子旅行授權」，費用為NZD 117元(約為港幣\$520)，並使用信用咭付款。 3) 持有 <u>非特區護照</u> 的學生，除了須申請「紐西蘭電子旅行授權」外，另須自行到北角的紐西蘭簽證處申請旅遊簽證。 4) 須持有最少六個月有效期的有效護照(以9/7/2025起計算，即有效期應至9/1/2026或之後)及香港身分證。 5) 學生須出席出發前簡介會，日期待定，誠邀家長一同出席。旅行社及校方將簡介學生生活活動安排及注意事項。

- | | |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>6) 參與的學生須入住紐西蘭的接待家庭，以真正體驗人當地的文化及生活，並活用英語。學生須自行乘搭交通工具前往上課的地點。</p> <p>7) 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>8) 為了讓帶隊老師給予適切的照顧，請審慎填寫附件之「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 貴子弟於二月十四日(星期一)前帶回逕交黃凱欣老師辦理為荷。如對是次活動有任何查詢，請致電本校 2445 0800 與黃凱欣老師聯絡。

此致
貴家長



天主教培聖中學
郭富華校長

二零二五年二月十九日

----- ✂ -----
(編號：A221/24-25)

家長通知書回條
(回條須於二月廿四日前交回黃凱欣老師)



敬覆者：

來函敬悉有關「紐西蘭遊學團入選通知書」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： _____

二零二五年 _____ 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：(請在適當的空格加上√號，並填妥相關資料)

病症	曾經患上 (請列明病癒的 年份及月份)	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：_____