

秀茂坪天主教小學  
2017-2018 年度輔導教學

各位家長：

本校經甄選程序後，現安排 貴子弟 \_\_\_\_\_ 班 \_\_\_\_\_ 參與輔導教學計劃。詳情如下：

目的	以小組學習形式，幫助學生鞏固學科的基礎知識
日期	上學期：2017 年 9 月 25 日 至 2017 年 12 月 15 日 下學期：2018 年 2 月 27 日 至 2018 年 5 月 18 日
時間	逢星期 _____ 下午 2:15 至 2:50
地點	_____ 室
科目	<input type="checkbox"/> 中文 <input type="checkbox"/> 英文 <input type="checkbox"/> 數學
教師	_____ 老師

請家長閱畢通告後，簽署回條，交回班主任辦理。若有任何查詢，可致電 23484218 與張嘉慧老師聯絡。



校長 \_\_\_\_\_ 謹啟

主曆二零一七年九月十一日

回 條(請在適當的  內加上✓)

N2017-019(嘉)

敬覆者：

本人已知悉有關 2017-2018 年度輔導教學詳情。

本人  同意 敝子弟接受輔導教學安排。

不同意 敝子弟接受輔導教學安排，並將採用下列的方法協助提升敝子弟學習成效。請列明： \_\_\_\_\_

此覆  
秀茂坪天主教小學

\_\_\_\_\_ 年級 \_\_\_\_\_ 班

學生姓名： \_\_\_\_\_ ( )

家長/監護人簽署： \_\_\_\_\_

家長/監護人姓名： \_\_\_\_\_

主曆二零一七年九月 日