

秀茂坪天主教小學
2017-2018 年度區本課後學習支援計劃(扭氣球班)

各位家長：

貴子弟已被挑選參與區本課後學習支援計劃(扭氣球班)，透過活動讓學生發揮創意，並訓練學生手眼協調。扭氣球班小組詳情如下：

合辦機構	一口田慈善基金有限公司
上課日期	2月27日 3月1日、6日、8日、13日、22日、27日、29日
上課時間	下午3:30至5:00(逢星期二、四)
對 象	五至六年級學生(由老師推薦及符合校本課後學習支援計劃條件的學生)
名 額	20人
費 用	全免
備 註	<ol style="list-style-type: none"> 1. 逾期報名，恕不受理。 2. 請各家長保留本通告，並留意上課的日期和時間，確保沒有與其他課外活動課相同，並囑咐 貴子弟依時出席。若未能出席，請預先致電校務處請假，而有關的課堂將不會被補回。 3. <u>為了善用有關的資源，如學生多於2次無故缺席，又或滋擾課堂秩序，校方將會取消其參加的資格。</u> 4. 活動後不會提供校車服務，請家長妥善安排子女的放學方式 5. 家長所提供的資料只供甄選學生之用，絕對保密，並於活動完結後銷毀。<u>如家長未能提供所需的資料，校方將無法處理有關的申請。</u> 6. 如天文台發出紅色或黑色暴雨警告、八號或以上的熱帶氣旋警告信號，及教育局宣佈停課，活動將會取消。

請家長閱畢通告後，於2月5日前簽覆回條，俾憑辦理。若有任何查詢，請致電本校23484218與李欣宜主任聯絡。



校長 _____ 謹啟

主曆二零一八年一月三十一日

✂

回 條 (請在合適的□內加「✓」)

N2017-181A (欣)

敬覆者：

本人已知悉有關「2017-2018 年度區本課後學習支援計劃(扭氣球班)」詳情。

本人 同意 敝子弟參加上述活動，並會鼓勵敝子弟積極參與及按時出席。

本人現正領取 綜合社會保障援助 / 學生資助計劃全額津貼

學生資助計劃半額津貼

活動完結後，敝子弟將以 自行放學 / 家長接送的方式離校。

不同意 申請有關的活動。

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：_____

聯 絡 電 話：_____

主曆二零一八年一月 _____ 日

本校依據家長所填報的資料作批核，若呈報虛報假資料，法律責任自負。