

秀茂坪天主教小學  
2017-2018 年度區本課後學習支援計劃(英語會話班)

各位家長：

貴子弟已被挑選參與區本課後學習支援計劃(英語會話班)，提升英語說話能力，幫助學生能自信地與別人用英語交談。英語會話班小組詳情如下：

合辦機構	一口田慈善基金有限公司
上課日期	4月12日、17日、19日、24日、26日 5月3日、8日、10日、15日、17日、24日、29日 (逢星期二、四)
上課時間	下午3:30至5:00
對象	四年級學生(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
備註	<ol style="list-style-type: none"> <li>逾期報名，恕不受理。</li> <li>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。</li> <li><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></li> <li>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</li> <li>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，教育局宣佈停課，活動將會取消。</li> </ol>

請家長閱畢通告後，於3月23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

主曆二零一八年三月二十一日

✂

回 條 (請在合適的□內加「✓」)

N2017-241F (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(英語會話班)」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。

本人沒有領取  上述津貼。

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 敝子弟參加有關的活動。

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：\_\_\_\_\_

主曆二零一八年三月 \_\_\_\_\_ 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。