

秀茂坪天主教小學

2017-2018 年度新來港學童適應支援課程(中文智叻星:繁體字聽說讀寫班)

各位家長：

貴子弟已被挑選參加新來港學童適應支援課程(中文智叻星:繁體字聽說讀寫班)，透過有趣課堂活動學習繁體字、掌握聆聽技巧及廣東話說話訓練。詳情如下：

合辦機構	明愛社區書院
活動日期	5月5、19、26日(星期六) 6月9、23日(星期六)
活動時間	上午 11:30 至下午 1:00
對 象	二至四年級學生(符合新來港學童適應支援服務條件的學生)
地 點	每次課堂先到本校場地三集合再到 203 室上課
活動安排	穿著整齊校服，自備文具。
名 額	20 人
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，並留意活動的日期和時間，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，<u>請預先致電校務處請假並呈交請假信件</u>，而有關係的課堂將不會被補回。 3. <u>為了善用有關的資源，如學生無故缺席，又或滋擾秩序，校方將會取消其參加的資格。</u> 4. 參加學生需自行放學或由家長接送，活動前後將不會提供校車服務。 5. 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 5 月 4 日前簽覆回條，俾憑辦理。若有任何查詢，請致電本校 2348 4218 與張嘉慧主任聯絡。



校長_____謹啟

主曆二零一八年五月二日

✂

回 條 (請在合適的□內加「✓」)

N2017-272 (嘉)

敬覆者：

本人已知悉有關「2017-2018 年度新來港學童適應支援課程(中文智叻星:繁體字聽說讀寫班)」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。

活動完結後，敝子弟將以 自行放學 / 由家長接送回家。

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：_____

主曆二零一八年五月 日