

秀茂坪天主教小學
2018-2019 年度
接受「香港耀能協會賽馬會喜伴同行計劃」同意書

敬啟者：

香港耀能協會是香港大型康復服務機構之一，為有特殊需要的人士提供多元化及全面性的康復及教育服務。該會得到賽馬會慈善信託基金捐助，聯同香港大學，在教育局的協助下，將於本學年推行「賽馬會喜伴同行計劃」，當中包括為有需要學生提供小組訓練及加強支援服務。

本校已獲邀參與是項計劃，以幫助學生更順暢地適應學校生活。同時，為學生就讀之學校及家長提供有關教導學生的諮詢服務。服務詳情如下：

合辦機構	香港耀能協會
上課日期 (逢星期四)	1月24日、31日 2月14日、21日 3月21日、28日 4月11日 5月2日、9日 6月6日、13日
服務內容	透過小組訓練，提升學生社交溝通、情緒適應及學習適應等能力。
上課時間	下午 3:30 至 5:00
對象	一至三年級由老師推薦的學生
備註	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。若上課當天未能出席，請預先向學校請假，而有關的課堂將不會被補回。 3. 活動後，將不會提供校車服務，請家長留意貴子弟的放學安排。 4. 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，活動將會取消。

請家長閱畢通告後，簽署回條及附頁的同意書，交回李欣宜主任收集辦理。如對這計劃有任何疑問，歡迎致電 2348 4218 向李欣宜主任聯絡。

此致
貴家長台照



校長 _____ 謹啟

主曆二零一九年一月十一日

【回條】

N2018-151(欣)

「香港耀能協會賽馬會喜伴同行計劃」

敬覆者：

本人 _____ 為 _____ 的家長/合法監護人。

(家長/監護人姓名) (子/女姓名)

本人 同意 / 不同意 敝子弟接受「香港耀能協會賽馬會喜伴同行計劃」之服務。

活動後，敝子弟將會 自行放學 / 由家長接送回家。

本人 同意 / 不同意 香港耀能協會有關人員在小組訓練期間進行拍攝、錄音及錄影，作以下用途：此計劃的紀錄；在有需要時於此小組中作教學用途；於學校/機構的專職人員培訓及於支援活動時向有關家長、老師講解學生參與活動的情況。

**所有攝錄資料只作以上指定用途及供有關計劃的專業人員參考，絕對保密，並會於計劃完結後兩個月內被銷毀。有關查詢致電 2348 4218 向李欣宜主任聯絡。

此覆

秀茂坪天主教小學

()班學生姓名：_____ ()

家長/監護人簽署：_____

家長/監護人姓名：_____

主曆二零一九年一月 日
請在適當的 內加