



敬啟者：

中二境外考察專題研習——肇慶

為使中二同學能掌握專題研習的技巧，發展共通能力及擴闊眼光，本校特安排「境外考察專題研習」活動，行程見附件一。中二同學必須參與有關考察活動。活動詳情如下：

活動地點：廣東省肇慶

出發日期：四月十日(星期四)

出發時間：上午七時十五分(逾時不候)

集合地點：本校

回程日期：四月十一日(星期五)

解散時間：下午六時三十分

解散地點：大圍火車站

費用：1) 每位學生七百八十元正(包括團費、景點入場費、小費及旅行社提供的十萬元蘇黎世團體意外保險)

2) 如學生為綜援家庭/全津/半津或有經濟困難(經學校審批)而於 2011 年 7 月至 2013 年 8 月，未曾接受「關愛基金」資助參加任何由學校舉辦的境外學習活動者，可申請關愛基金(見附二)，如成功申請，可於學期尾全數退回費用，惟須事先繳交全數七百八十元正。

3) 如學生過往曾使用關愛基金支付境外學習活動費用，學校會酌情使用賽馬會全方位學習基金津貼學生部份費用，學生只須繳付四百元正。

4) 如經濟有特別困難，可與班主任聯絡。

保險：學校將會為每位學生另購個人旅遊保險二十五萬元，家長如有需要，可再自行替學生購買額外保險。

簡介會：三月二十八日(星期五)下午二時於本校小禮堂舉行，歡迎家長出席。

請家長為學生填寫健康調查表(附件三)，連同回條及費用於二月二十五日(星期二)或以前交回班主任，以便辦理。

此致

貴家長

樂道中學校長

謹啟

二零一四年二月十八日

*如早前已交予班主任，則不須理會

敬覆者：

中二境外考察專題研習 —— 肇慶

本人為_____班學生_____ ()之家長，已獲悉 貴校來函有關境外考察專題研習之事宜，並已繳交 (請「✓」出合適的方格)：

1. 費用七百八十元正。(現金/支票*：號碼_____，銀行：_____)
2. 學生為 綜援家庭。現欲申請關愛基金，並隨聲明書夾附有關證明文件及費用七百八十元正。
 全津
 半津
3. 學生曾使用關愛基金，現繳付費用四百元正。(現金/支票*：號碼_____，銀行：_____)
學生為 綜援家庭。
 全津
 經濟困難(附信申請)
4. 學生健康調查表。
5. _____位家長出席三月二十八日簡介會。

此覆

樂道中學校長

家長姓名：_____

家長簽署：_____

二零一四年 月 日

*支票抬頭：樂道中學

中二境外考察專題研習（肇慶）行程安排

交通	行程內容	用餐	住宿
香港 ⇄ 深圳 10/4 星期四	香港 - 深圳 - 肇慶 早上於學校集合，乘過境旅遊巴前往深圳灣口岸，轉乘國內旅遊巴前往肇慶（約 3 小時），午餐於市內餐廳，餐後參觀七星巖、鼎湖山（包上山車）、仙女湖濕地公園（包遊船）、土特產店、大型超市，晚餐後返回酒店休息	午晚	肇慶名典商務酒店 或 同級酒店
深圳 ⇄ 香港 11/4 星期五	肇慶 - 深圳 - 香港 早餐於酒店，參觀肇慶古城牆、肇慶博物館、肇慶端硯文化村、裹蒸糉製作坊、午餐於市內餐廳，經深圳灣口岸轉乘旅遊巴返回學校，行程圓滿結束！	早午	—

樂道中學

2013 - 14 年度關愛基金援助項目

校本基金 (境外學習活動)

— 受惠學生的承諾及聲明 —

- 本人同意學校、教育局及其授權的機構使用本人在申請關愛基金 — 校本基金 (境外學習活動) 所提供的個人資料，並向有關人士及機構查核及透露有關的個人資料。
- 本人謹此聲明，本人在過往從未接受關愛基金 — 校本基金 (境外學習活動) 的資助。

申請人(學生)姓名：_____

申請人簽署：_____

班別：_____

申請人家長姓名：_____

申請人家長簽署：_____

日期：_____

*家長銀行戶口英文姓名：_____

聯絡電話號碼：_____

銀行名稱：_____

戶口號碼：_____

「中二境外考察專題研習（肇慶）之學生健康調查表」
（由家長/監護人填寫）

(1) 學生資料：

學生姓名：_____ 班別：_____ 學號：_____

出生日期：_____ 手提電話號碼：_____

(2) 健康調查表：（請按學生健康狀況回答下列問題，並在合適的空格內加 號）

以往曾否有經驗顯示 貴子弟健康不適宜作劇烈運動？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是（請寫上詳細情況：_____）
費子弟以往曾否因病入院接受治療、檢查或大小手術？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是（請寫上病況及入院日期：_____）
貴子弟以往曾否患有嚴重/長期性的疾病？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是（請寫上病況：_____）
貴子弟是否需要長期服藥？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是（請寫上藥名及劑量：_____）
貴子弟是否有食物、藥物及其他敏感？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是（請寫上敏感源頭：_____）
貴子弟是否因 <u>健康理由</u> 而需要特別膳食安排？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是（請註明詳細情況：_____）
其他身體情況（如適用） （請註明：_____）

(3) 緊急聯絡人資料：

姓名(中文)：_____ 關係：_____

緊急聯絡電話(日間)：_____ 手提電話：_____

緊急聯絡地址：_____

家長/監護人簽署：_____

家長/監護人姓名：_____

二零一四年二月 日