

東華三院辛亥年總理中學 2015 至 2016 年度家長通訊第 44 號

「珠海、澳門升學就業探索之旅交流計劃取錄通知」事宜

敬啟者：貴子弟已被取錄參加教育局主辦之『珠海、澳門升學就業探索之旅交流計劃』。有關詳情如下：

日期	<ul style="list-style-type: none">● 交流團：2016 年 4 月 14 至 15 日(2 天)● 出發前簡介會：出發前一星期 (日子待定)
行程	參觀企業/ 就業人才中心、澳門大學和北京師範大學珠海分校 (除參觀上述院校外，還有其他行程，最後行程會在出發前作實。)
費用	<ul style="list-style-type: none">● 港幣 296.1 元 (可申請津貼，詳情於簡介會內公佈)*費用包括參訪活動、膳宿、交通費用，以及基本的團體綜合旅遊保險。*費用將以自動轉賬形式收取，轉賬日期為 2015 年 12 月 24 日 (星期四)。請家長於 2015 年 12 月 24 日前把足夠款項存至自動轉賬戶口內。*學生須出席簡介會和完成活動才獲退回資助金額。
備註	參加者須持有有效的身份証和港澳居民來往內地通行証 (即回鄉証)

如有查詢，可致電 24645220 聯絡升學就業輔導主任熊意玲老師。請於 12 月 21 日前將下列回條及學生報名表交予余佩恩老師。

肅此奉達。

此致

貴家長

周慶中校長啟

2015 年 12 月 16 日

東華三院辛亥年總理中學 2015 至 2016 年度家長通訊第 44 號
「珠海、澳門升學就業探索之旅交流計劃取錄通知」事宜
回 條 (請於 12 月 21 日交回余佩恩老師)

敬覆者：頃接來函，知悉 敝子弟已被取錄參加「珠海、澳門升學就業探索之旅交流計劃」，並於 12 月 24 日前備妥港幣 296.1 元於學校賬戶以備自動轉賬，敬希查收。

此覆

東華三院辛亥年總理中學校長

學生姓名：_____

班 別：_____

家長簽署：_____

聯絡電話：_____

2015 年 12 月 日

「內地、澳門升學就業探索之旅2015/16」交流計劃
 行程二：珠海、澳門升學就業探索之旅
 承辦機構：港京管理人才交流中心有限公司

學生報名表

一：學生個人資料（請以正楷書寫中英文姓名，並與身份證完全相同）

中文姓名：		英文姓名：	
性別：	國籍：	出生日期： 年 月 日	年齡：
身份證號碼： ()		學校名稱：	班級：
<input type="checkbox"/> 港澳居民來往內地通行證 / <input type="checkbox"/> 護照號碼：		有效期至： 年 月 日（必須填寫）	
檢查證件：			
<input type="checkbox"/> 旅遊證件有效期於回港日 尚未過期		<input type="checkbox"/> 旅遊證件 已過期，現正辦理申請手續，可如期出發。	
聯絡電話（日間）：		手提電話：	

二：學生健康申報表（請學生按照個人健康狀況回答下列問題：）

1. 以往曾否有經驗顯示學生健康不適宜作劇烈運動？ 答： <input type="checkbox"/> 是（請寫上詳細情況：_____） <input type="checkbox"/> 否
2. 以往曾因病入院接受治療、檢查或大小手術？ 答： <input type="checkbox"/> 是（請寫上疾病名稱及入院日期：_____） <input type="checkbox"/> 否
3. 以往曾否患有嚴重/長期性的疾病？ 答： <input type="checkbox"/> 是（請寫上疾病名稱：_____） <input type="checkbox"/> 否
4. 是否需要長期服藥？ 答： <input type="checkbox"/> 是（請寫上藥名及劑量：_____） <input type="checkbox"/> 否
5. 是否有食物、藥物及其他敏感？ 答： <input type="checkbox"/> 是（請寫上食物、藥物及其他敏感源頭：_____） <input type="checkbox"/> 否
6. 是否因健康理由而需要特別膳食安排？ 答： <input type="checkbox"/> 是（請註明詳情及醫生之特別指示：_____） <input type="checkbox"/> 否
7. 其他身體情況，請註明：

三：家長/監護人資料

聯絡人（一）		聯絡人（二）	
姓名：	關係：	姓名：	關係：
緊急聯絡電話：		緊急聯絡電話：	

四：家長/監護人同意書

本人同意小兒/女 _____（學生姓名）參加「內地、澳門的升學就業探索之旅2015/16」交流計劃。謹此聲明第二部份健康申報正確無訛，及小兒/女身體狀況良好，並無任何疾病導致不適宜參加是次活動。本人授權隨隊老師或負責人在緊急情況下，為小兒/女作出適當的醫療安排。

家長/監護人姓名：_____ 家長/監護人簽署：_____ 日期：_____

交流計劃的活動資料和相片或會上載至「薪火相傳」國民教育活動系列網上平台 (<http://www.passontorch.org.hk>)。如有異議，請與教育局學生內地交流計劃組助理教育主任聯絡(地址：香港灣仔皇后大道東213號胡忠大廈9樓934室；電話：2892 6517；電郵：aeosmep@edb.gov.hk)。

承辦機構：港京管理人才交流中心有限公司 地址：香港九龍觀塘駿業街62號京貿中心8樓A室

聯絡人：蘇叶娟小姐 / 蔡杰銘先生 電話：2309 7799

傳真：2309 7796 / 2333 4973

電郵：angel@hkbj.hk；kmt@hkbj.hk 網頁：www.hkbj.hk

~ 請將填妥的表格郵寄或親自交至港京管理人才交流中心有限公司 ~