



**靈糧堂怡文中學**  
**Ling Liang Church E Wun Secondary School**  
電話：2109 4000 傳真：2109 4066

**家長通知函 2018/2019 No.119**

敬啟者：

**有關「親子捐血日」事宜**

為鼓勵 貴家長與 貴子弟參加社區服務及幫助社會上有需要人士，本校生命教育委員會特舉辦「親子捐血日」活動。有關是次捐血活動之安排如下：

- 日期：二零一八年十二月十四日（星期五）  
時間：早上 9 時 45 分至下午 4 時正  
地點：本校禮堂  
機構：香港紅十字會輸血服務中心  
參加資格：1. 年齡須介乎 16 至 65 歲，體重須超過 41 千克（約 90 磅）及健康正常。  
2. 若年齡為 16 至 17 歲之人士須先徵得家長簽署香港紅十字會捐血同意書（於報名後派發）。

敬希 貴家長撥冗參與，並請填妥下附回條及囑咐 貴子弟於十一月二十一日（星期三）前交回班主任為荷。如有其他查詢，請致電 2109 4000 與生命教育委員會許麗珊老師聯絡。

此致  
貴家長／監護人

靈糧堂怡文中學校長

謹啟

羅偉文

二零一八年十一月十四日

**回 條**

敬覆者：本人已知悉 貴校『家長通知函 2018/2019 No.119（有關「親子捐血日」事宜）』內容。現覆如下：

- \*☐ 本人樂意參與捐血日活動。  
\*☐ 本人無暇參與捐血日活動。  
\*☐ 本人同意敝子弟參與捐血日活動。（若同意，必須回覆下列問題）  
\*☐ 敝子弟於捐血日當天已年滿 18 歲。  
\*☐ 敝子弟於捐血日年齡為 16 至 17 歲。（另須簽署香港紅十字會捐血家長同意書）  
\*☐ 本人不同意敝子弟參加是項活動。

此覆  
靈糧堂怡文中學

家長姓名：\_\_\_\_\_（正楷）

（或監護人）\_\_\_\_\_（簽署）

家長／監護人聯絡電話：\_\_\_\_\_

二零一八年十一月\_\_\_\_\_日

學生姓名：\_\_\_\_\_ 班別：\_\_\_\_\_ 班號：\_\_\_\_\_

\*請於適當的方格內加「✓」。