



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. 346

敬啟者：

有關「旋風球訓練」事宜

為協助學生增強自信及發揮團體合作，本校訓導委員會為同學舉行「旋風球訓練」活動。有關詳情表列如下：

活動日期： 26/6, 27/6, 28/6

活動時間： 下午1時至4時

活動地點： 本校禮堂

活動內容： 「旋風球」介紹及訓練

費用： 全免

名額： 25人

負責老師： 吳子俊老師

導師： 外聘教練

服飾： 學校體育服及運動鞋

- 備註：
1. 同學須注意安全，服從老師指示及不可擅自離開。若有不適需即時告知老師。
 2. 如活動當日早上五時半至八時，天文台發出紅色或黑色暴雨警告信號、八號強風或以上信號，或教育局宣佈停課，當天活動將會取消。

煩請 貴家長簽覆附頁回條，並囑咐 貴子弟於六月二十一日前將回條交回吳子俊老師。如有查詢，請致電 21094000 與本校訓導主任凌熙老師聯絡。

此致

貴家長／監護人

靈糧堂怡文中學校長

謹啟

羅偉文

二零一九年六月十九日



靈糧堂怡文中學

Ling Liang Church E Wun Secondary School

電話：2109 4000 傳真：2109 4066

回 條

敬覆者：本人已知悉 貴校『家長通知函 2018/2019 No. 346 (有關「旋風球訓練」事宜)』內容。
現覆如下：

* 本人同意敝子弟參加是次活動，並提醒敝子弟注意活動安全。

* 本人不同意敝子弟參加是次活動。

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：_____

二零一九年六月_____日

學生姓名：_____ 班別：_____ 班號：_____ 學生手提電話：_____

*請於適當的方格內加「✓」。

《健康申報表》

為確保參加者之安全，如參加者有以下病歷，請填寫以下的健康申報表，作為釐定參加者是否適合參與是項活動，或在行程中作出適當的安排，健康申報表的內容絕對保密，請以✓號表示答案。

姓名：_____ 班別：_____ 班號：_____

問題	是*	否*	如是，請註明
1. 醫生曾否說過 貴子弟的心臟有毛病？			
2. 貴子弟是否經常覺得心臟及胸口部位疼痛？			
3. 貴子弟是否經常暈眩，或曾嘗試過一陣陣的昏厥？			
4. 醫生曾否說過 貴子弟的血壓過高？			
5. 醫生曾否說過 貴子弟的骨骼或關節毛病(例如：關節炎)已因運動而加深，或可能因運動而惡化？			
6. 貴子弟是否平時極少參與活動，且不慣於進行劇烈運動？			
7. 貴子弟是否長期/定期服食藥物的習慣或需要？			
8. 貴子弟是否有食物/藥物敏感等？			
9. 貴子弟曾往醫院接受內外科手術/最近三年內曾否入住醫院？			
10. 下列所列舉之疾病， 貴子弟是否曾經/現時患有： <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 哮喘病 <input type="checkbox"/> 空間幽閉恐懼 <input type="checkbox"/> 痒癩症 <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎病 <input type="checkbox"/> 血友病 <input type="checkbox"/> 貧血/其他血病 <input type="checkbox"/> 胃病 <input type="checkbox"/> 高熱引致抽搐 <input type="checkbox"/> 六磷酸葡萄糖脫氫酶素缺乏症 <input type="checkbox"/> 其他_____			

*請於適當的方格內加「✓」。