

靈糧堂怡文中學 家長教師會

香港新界大嶼山東涌文東路三十七號 電話：2109 4000 傳真：2109 4066 電郵：pta@llcew.edu.hk

敬啟者：

有關「親子捐血日」事宜

為鼓勵 貴家長會員與 貴子弟參加社區服務及幫助社會上有需要人士，本會特與公民教育組舉辦「親子捐血日」活動。有關是次捐血活動之安排如下：

日期：二零一五年十二月十一日（星期五）

時間：早上九時四十五分至下午五時正

地點：學校禮堂

機構：香港紅十字會輸血服務中心

參加資格：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

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）

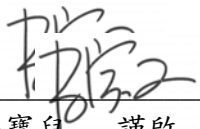
敬希 貴家長會員撥冗參與，並請填妥下附回條及囑咐 貴子弟於十一月十八日（星期三）前交回班主任為荷。如有其他查詢，請電 2109 4000 聯絡公民教育組許麗珊老師。

此致

各家長會員

靈糧堂怡文中學
家長教師會主席

靈糧堂怡文中學
校長



馬寶兒 謹啟

黃偉東 謹啟

二零一五年十一月十六日



回 條

敬覆者：本人已知悉 貴會通告 1516/006『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。
 敝子弟無暇參與捐血日活動。
 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)

此覆

靈糧堂怡文中學家長教師會

家長姓名：_____（正楷）

（或監護人）_____（簽署）

家長/監護人聯絡電話：_____

二零一五年十一月_____日

學生姓名：_____班別：_____班號：_____

* 在適當的方格加上“✓”號