

博愛醫院鄧佩瓊紀念中學
【中二成長營】

本校輔導組將舉辦以下活動，該活動資料詳列於下，敬希細閱並填妥回條由 貴子弟交回負責老師，以便遵照辦理。

又本信函需加蓋校印方為有效。

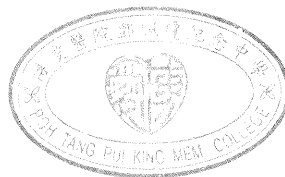
活動資料：

活動名稱	中二成長營	領隊老師	吳柱軍/伍婉婷/李敏琪/梁嘉慧/文國強
日期	22-24/11/2017	交通工具	旅遊車
地點	香港青少年發展聯會發展中心 (香港鯉魚涌)	所需費用	390
集合時間	上午7時45分	集合地點	學校
解散時間	下午4時45分	解散地點	學校
其他	1. 以上活動乃學校課程之一，全體中二級同學必須參與，不得無故缺席。未能參與的同學必須附上家長信待校方審批。 2. 所有同學必須服從營地導師及老師的指示。 3. 貴家長如因特別原因不同意 貴子弟參與是項活動，他們在此期間必須依平日上課時間回校完成指定的功課，否則作曠課論。 4. \$390將稍後透過電子收費系統「學生帳戶」轉入「學校帳戶」(校方已津貼部份費用)。 5. 所需費用已包括膳食、住宿、交通費及導師費等開支。如有經濟困難者可申請津貼，同學必須先交費用，校方將會在活動後退回津貼給獲資助同學。 6. 如有任何查詢，歡迎致電本校 (24741576) 與班主任或活動負責人文國強老師聯絡。		

假若活動當日天文台懸掛三號或以上風球，或發出紅色或黑色暴雨警告訊號，有關活動將予取消。

特此通告

貴家長



博愛醫院鄧佩瓊紀念中學

二零一七年十一月八日

✂

通告編號：17-126(T10)

【中二成長營】

回 條

敬覆者：本人已知悉敝子弟參加 貴校輔導組於 22-24/11/2017 舉行之中二成長營，本人當囑咐敝子弟遵從老師指導並準時出席。

此覆

博愛醫院鄧佩瓊紀念中學

家長簽署：

聯絡電話： (住宅)

(辦公室/手提)

學生姓名：

班別： 班號：

二零一七年十一月 日

此欄由負責老師填寫：

請同學於2017年11月15日或以前將回條交給班主任。