

博愛醫院鄧佩瓊紀念中學  
課外活動組

**【校內活動家長通告】**

本校羽毛球隊將舉辦以下活動，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	羽毛球隊(初級組)全年訓練
日期	2024-11-09,2024-11-16,2024-11-23,2024-11-30,2024-12-07,2024-12-14,2024-12-21,2024-12-28,2025-01-04,2025-01-25,2025-02-08,2025-02-15,2025-02-22,2025-03-01,2025-03-08,2025-03-15,2025-03-22,2025-03-29,2025-04-12,2025-04-26,2025-05-03,2025-05-10,2025-05-17,2025-05-24,2025-06-28,2025-07-05
地點	禮堂
時間	上午9時00分 至 上午11時00分
負責老師	區永聯 / 梁洛筠 / 羅詠妍 / 羽毛球
備註	1.球隊將會收取費用三佰圓正(全年)，用作聘請教練、購買羽毛球及租用場地，稍後將以電子收費形式收取。校方已津貼部份開支，如同學有經濟困難，可向校方申請資助。 2. 未能出席隊員，須向負責老師/ 教練請假。 3. 隊員需穿著整齊體育服或隊衣出席練習。 4. 隊員請自備充足飲用水及替換衣物。 5. 10月份練習日期: 10月5日、10月12日、10月19日

假若活動當日天文台懸掛八號或以上風球，或發出紅色或黑色暴雨警告訊號，教育局宣佈停課，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

二零二四年十月二十二日

✂

通告編號：24-121(T09)

**【校內活動家長通知書】** 回 條

敬覆者：

本人已獲知敝子弟參加 貴校 羽毛球隊於禮堂舉行之羽毛球隊(初級組)全年訓練，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： \_\_\_\_\_

學生姓名： \_\_\_\_\_

班別： \_\_\_\_\_ 班號： \_\_\_\_\_

二零二四年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

此欄由負責老師填寫：

請同學於二零二四年十月二十九日或之前將回條交給校務處 區永聯副校長。