



ST JOAN OF ARC SECONDARY SCHOOL

聖貞德中學

55 Braemar Hill Road, Hong Kong, 香港北角寶馬山道五十五號

Tel. 電話: 2578 5984 2578 5570 Fax. 傳真: 2578 5725 Website 網址: www.sja.edu.hk

檔號: F211/2017-2018

中二級領袖訓練成長營

敬啟者:

本校於 2018 年 4 月中舉辦中二級領袖訓練成長營，目的是透過各項團隊活動，培養學生的紀律意識、自信心、克服困難和積極學習的態度，及團隊精神。是次活動由賽馬會長洲鮑思高青年中心社工帶領，詳情如下：

活動內容：宿營、體能訓練、歷奇遊戲及多項團隊活動

活動地點：長洲及賽馬會長洲鮑思高青年中心(宿營)

活動日期：2018 年 4 月 16 日(星期一) — 4 月 18 日(星期三)【三日兩夜】

集合時間及地點：4 月 16 日，上午 8 時 45 分於中環港外線 5 號碼頭 *

解散時間及地點：4 月 18 日，約下午 5 時正於中環港外線 5 號碼頭 *

(因營地位於長洲，若學生居於長洲，家長可向帶隊老師遞交申請信，讓其子女於長洲碼頭集合及解散)

費用：港幣 \$500 (原價為 \$1100，是次活動的部份費用已由全方位學習基金、聖貞德基金及家長教師會經費贊助)

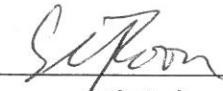
帶隊老師：潘兆良老師、區定豪老師

家長注意事項：(1) 此訓練營為學校活動，學生必須參與。如學生因特別原因未能出席，必須遞交家長信，並於 4 月 16 日至 18 日按上學時間(早上 8 時 30 分至下午 4 時 10 分)返回學校圖書館自修。

(2) 4 月 19 日(星期四) 中二學生不用回校上課。

(3) 請於 3 月 12 日或之前將回條、營費(劃線支票，抬頭寫「聖貞德中學法團校董會」)及健康狀況聲明書交回班主任。

此 致
中二級家長

負責老師  謹啟



校 長 _____ 核准

鄭惠兒

二零一八年三月九日

你們是地上的鹽，世界的光。(瑪竇福音 5:13-14)

You are the salt of the earth. You are the light of the world. (Matthew 5:13-14)

回條



編號: F211/2017-2018

敬覆者:

茲收到三月九來函，本人已知悉一切，並批准 * 小兒 / 小女 參加 中二級領袖訓練成長營及填妥有關健康狀況調查表，並付上港幣伍佰元正。(支票號碼: _____)。

此覆

聖貞德中學校長

家長/監護人簽署: _____

學生姓名: _____

家長/監護人姓名: _____

先生/女士

班 別: _____

()

緊急事故聯絡電話: _____

2018 年 _____ 月 _____ 日

*請刪去不適用者



賽馬會長洲鮑思高青年中心

Jockey Club Cheung Chau Don Bosco Youth Centre

參加者健康申報表

閣下將參與賽馬會長洲鮑思高青年中心舉辦之活動。鑑於活動將涉及多項戶外運動，為安全起見，請參加者填寫以下問卷，讓職員了解閣下之身體狀況。

參加活動名稱：_____

個人資料

姓氏：_____ 名：_____ (中文)_____ 性別：_____ 住所電話：_____

病歷

閣下現在或過去是否有以下情況，請列明發生時間：

是 否

- | | 年份 | 已經痊癒 | 尚未痊癒 |
|---|----|------|------|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Head injuries 頭部受傷 | | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Neck injuries 頸部受傷 | | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Shoulder injuries 肩部受傷 | | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Arm/wrist/hand injuries 前臂/手腕/手部 | | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Back injuries 背腰受傷 | | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Knee injuries 膝部受傷 | | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ankle injuries 踝部受傷 | | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Other injuries 其他受傷 | | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frequent fainting spells of severe dizziness or weakness
經常發昏/頭暈/乏力 | | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsy or convulsions 癲癇症 | | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frequent Nosebleeds 經常流鼻血 | | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Heart Disorder 心臟有毛病 | | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> High blood pressure 高血壓 | | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes 糖尿病 | | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asthma 哮喘 | | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Are you a vegetarian? 你是否素食者? (或註明不能進食的食物種類) _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Do you have arthritis joint or back problems that might be aggravated by exercise
關節 / 腰背痛楚： | | | |

Are there any activities to be limited / discouraged by physicians' advice 醫生不建議進行之活動：

Any allergies 過敏症：Food食物 / Drugs/medicines 藥物 / Skin 皮膚

如閣下之病歷曾經與心臟有關或有對身體有任何懷疑，請進行身體檢驗及附上醫生證明才可參與挑戰活動。

聲明

本人明白在下方簽署並遞交報名表後，將表示本人已完全了解由賽馬會長洲鮑思高青年中心舉辦之活動內容及其性質。本人明白並願意承擔在此活動期間所有自身的意外風險及責任。此外，本營地承諾會將以上資料保密。另外，本人知悉貴會或會在活動進行期間進行拍攝或錄影，參加者因此有機會而被拍攝，但拍攝內容只作一般宣傳用途。

在下方簽署後，將代表本人同意上述的一切條款，以及聲明本人身體狀況良好，並無任何傷患或不適影響本人進行戶外活動。

參加者姓名：_____

參加者簽署：_____

日期：_____

未滿 18 歲者，家長或監護人必須填寫此欄：

茲證明敝子弟 _____ (參加者姓名) 之健康狀況足以應付活動的要求，如因健康狀況未如理想而引致意外或受傷，本人願負全責。同時，願意督促敝子弟在參與活動時遵守有關之規則及大會的指示。

家長/監護人姓名及簽署：_____

與參加者關係：_____

日期：_____