

## 慈恩學校 新學年通告(2023-2024)

敬啟者：

新學年剛開始，謹將學生須知事項臚列於後，敬請細閱及嚴格遵守。

### 一、學生資料更新事宜

如學生資料或通訊地址有所更新，請貴家長務必即時通知校方。另請家長詳閱學生手冊內之家長須知及盡快填妥學籍表，並請家長務必親筆簽署茲悉。家長每日請將手冊妥為存放於學生書包內，請勿遺失。

### 二、學校與家長聯繫資料

本校特別重視與家長的聯繫，如有任何有關本校的活動及消息發佈，將會發出蓋上了本校印章的通告，以及透過手冊通知家長。此外，本校亦會利用網頁發佈及更新消息，各位家長如欲查詢任何有關本校的資料，敬請瀏覽本校的網頁。

本校網址：[www.chiyun.edu.hk](http://www.chiyun.edu.hk)。

### 三、本校收取費用事宜

- 3.1 學校手冊，全學年一本連冊套，費用 17.8 元。如為宿生，宿生手冊全學年一本連冊套，費用 16.8 元。
- 3.2 代購視覺藝術科材料費，費用 40 元正。

### 四、夏季及冬季運動衣訂購服務

本校為學生提供代購運動衣的服務，如家長欲為學生購買夏季或冬季運動衣，請填妥回條以茲辦理。運動衣費用，夏季運動衣 \$65/件，冬季運動衣 \$75/件，尺碼大小劃一收費。

### 五、代拍學生照服務

本校為學生提供拍攝學生照片服務，如家長欲為學生沖洗學生照片，請填妥回條以茲辦理。費用\$15 共 12 張。

### 六、家長教師會招收會員及收取會費

「慈恩學校家長教師會」致力促進家校合作，為學生營造良好學習環境；凡本校學生家長可申請成為本會會員，請填妥附件之會員資料，並繳交會員年費（每年 \$ 50）。

### 七、預防傳染病的措施

學校非常重視校園健康，如能透過措施的執行有效地預防傳染病在學校內發生，不

但可以保障學生及員工的健康，減低因染病所帶來的傷害；還可以建立愉快的學習環境，確保學童能健康地成長。根據衛生署防護中心指引，詳情見(附件一)，敬希各位家長能遵守。

#### 八、運動員體檢

在參加體育前身體檢查是確保安全運動的重要組成部分。本校護理部將邀請醫生到校，為今年度將參與校外運動比賽的學生進行身體檢查，費用\$130。家長如欲參與有關服務，請填寫回條辦理。

#### 九、學生個人健康紀錄表

護理部為能掌握學生的健康情況，以便妥善地跟進學生的日常護理及照顧，請家長填妥及交回附件之「學生個人健康紀錄表」。

以上各點，敬希垂注，懇請簽署回條，並於九月九日或之前交回本校存案為盼。

謹祝  
生活愉快！

慈恩學校署任校長



謹啟

(廖幸琳)



二零二三年九月一日

## 新學年通告(2023-2024)      回      條

本人收到九月一日通知，已悉

- 一. 更新學生個人資料 有 / 沒有，如有請在下例填寫：

更新地址：\_\_\_\_\_

更新聯絡電話：\_\_\_\_\_

其他：\_\_\_\_\_

- 二. 本人 需要 / 不需要 購買學生運動衣：

★夏季(短袖)運動衣

數量：\_\_\_\_\_件

★冬季(長袖)運動衣

數量：\_\_\_\_\_件

- 三. 本人 需要 / 不需要 訂購學生照片。
- 四. 本人 同意 / 不同意 敝子女參與醫生到校身體檢查。
- 五. 本人已知悉校方有關預防傳染病的措施。
- 六. 本人已知悉校方有關「慈恩學校家長教師會」會員事宜。
- 七. 本人已填妥學生個人健康紀錄表。

家長姓名：\_\_\_\_\_ 家長簽署：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

學生姓名：\_\_\_\_\_ 學生班別：\_\_\_\_\_

\* 請在適當  內加上 ✓

# 慈恩學校家長教師會

九龍土瓜灣浙江街十三號 電話：23862010 傳真：27089853

## 會員申請表

### 會員資格

基本會員：

- (一) 凡就讀於本校的學生家長或監護人，自動成為本會基本會員，會費每年伍拾元整。
- (二) 凡本校的教職員，自動成為本會基本會員，無需繳交會費。

### 入會辦法

請填妥入會表格連同會費（現金或支票）交班主任轉交本會。  
支票抬頭請寫「慈恩學校家長教師會」並加以劃線。

### 會員申請表

#### 1. 會員類別

新會員  / 續會  : (基本 ) (請在適當方格上 )

會員姓名：\_\_\_\_\_ 會員編號（如有）：\_\_\_\_\_

新會員請填妥下開資料，舊會員資料如有變更，請重新填寫有關項目。

#### 2. 申請人 / 會員資料

姓名：\_\_\_\_\_ (中文) \_\_\_\_\_ (英文) 性別：\_\_\_\_\_

年齡：\_\_\_\_\_ 職業：\_\_\_\_\_ 身份證號碼：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

住宅電話：\_\_\_\_\_ 手提電話：\_\_\_\_\_ 其他聯絡電話：\_\_\_\_\_

#### 3. 學生資料(必須填寫此欄)

學生姓名：\_\_\_\_\_ 性別：\_\_\_\_\_ 年齡：\_\_\_\_\_ 與學生關係：\_\_\_\_\_

出生日期：\_\_\_\_\_ 就讀班別：\_\_\_\_\_

申請人簽署：\_\_\_\_\_

姓 名：\_\_\_\_\_

日 期：\_\_\_\_\_

### **本會專用**

入會日期：\_\_\_\_\_ 會員編號：\_\_\_\_\_

現金：\$ \_\_\_\_\_  支票：\$ \_\_\_\_\_ (銀行及支票號碼：\_\_\_\_\_)

會籍年度：\_\_\_\_\_ 收據號碼：\_\_\_\_\_

主席 / 秘書簽署：\_\_\_\_\_

姓 名：\_\_\_\_\_

日 期：\_\_\_\_\_

學校參照生衛生署發出的「預防傳染病指引」。家長應為學生採取以下預防措施：

1. 維持良好的個人及環境衛生。
2. 保持雙手清潔，並用正確方法洗手。
3. 雙手被呼吸系統分泌物弄污後(如打噴嚏後)應立即洗手。
4. 打噴嚏或咳嗽時應掩著口鼻，並妥為清理口鼻排出的分泌物。
5. 增強抵抗力有助預防感染流感。均衡飲食、適量運動、充足休息，都是增強抵抗力的方法。
6. 在流感高峰期，最好避免前往人多擠迫、空氣流通情況欠佳的公眾地方。
7. 用過的玩具及家具須妥善清潔；
8. 保持空氣流通；
9. 如有呼吸道感染病徵，應佩戴外科口罩、盡早求醫及按照醫生建議留在家中休息和不要返回學校；及
10. 如學生有不適或需留院觀察，家長便需立即通知學校。

**慈恩學校**  
20\_\_-20\_\_年度  
**學生個人健康紀錄表**

1. 填寫本紀錄表之目的在於了解學生的健康狀況，以便在有需要時提供適當的醫療和保健服務。
2. 若學生在校內發生事故，須轉送醫療機構接受治療，校方可能要向醫護人員提供有關資料，以便各學生獲得適當的照顧。校方不會向非有關醫護人員提供各人的任何健康狀況資料，以免抵觸《個人資料私隱條例》。
3. 任何教職員在非必要情況下，無權查詢學生健康紀錄表上任何資料。
4. 任何學生遇有健康狀況變動或遺誤，歡迎致電護理部作更改及存檔。

**甲、請家長/監護人填寫**

**A. 學生個人資料**

姓名：\_\_\_\_\_ (中文) \_\_\_\_\_ (英文)

性別：\_\_\_\_\_

出生日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 (年) (月) (日)

出世紙/身分證號碼：\_\_\_\_\_ (日)

入學日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 (年) (月) (日)

緊急聯絡人 姓名 \_\_\_\_\_ 聯絡電話 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_

**B. 學生健康狀況**

若曾患有下列病症，請家長在欄內加上「√」。

1. 六磷酸腺素缺乏症	2. 視力障礙物	3. 斜視
4. 色盲	5. 色弱	6. 眼部傷痕
7. 聽覺障礙	8. 哮喘/呼吸系統疾病	9. 其他耳鼻喉疾病
10. 心臟病	11. 高血壓	12. 貧血
13. 血友病	14. 消化系統	15. 甲狀腺疾病
16. 淋巴腺疾病	17. 內分泌科疾病	18. 糖尿病
19. 腦炎	20. 癲癇	21. 泌尿系統疾病
22. 皮膚疾病	23. 關節/骨骼疾病	24. 腮腺炎
25. 水痘	26. 麻疹	27. 結核病
28. 肝炎	29. 小兒麻痺	30. 傷寒
31. 良性腫瘤	32. 惡性腫瘤	33. 重傷
34. 其他：(請註明)		

**C. 敏感狀況 (請在以下欄內註明各項名稱或種類)**

藥物敏感	
食物敏感	
特別飲食忌限	
皮膚敏感 (部位)	
其他過敏性疾病	

**D. 長期服用藥物資料**  
(包括所有長期病患、精神科藥物及有需要時服用的藥物)

藥物資料	病症/服藥原因	服用時間	備註

**E. 覆診或治療/曾因病人院或曾接受手術之記錄 (請附上入院年份)**

☞ 請提供相關覆診或出院文件，給學校護士作審視記錄 ☞

醫院/診所名稱	應診部門/專科名稱	治療情況	備註/年份

**F. 須安裝/配戴醫療輔助器回校**

醫療輔助物品	安裝/配戴部位	使用原因	使用年期/時間	備註/年份

填寫人姓名：\_\_\_\_\_

與學生關係：\_\_\_\_\_

填寫日期：\_\_\_\_\_

**Chi Yun School Parent-Teacher Association (PTA)**  
13 Chi Kiang Street, To Kwa Wan, Kowloon  
Tel : 2386 2010 Fax : 2708 9853

**Application Form for PTA Membership**

**Members' Qualifications**

**Primary Members:**

All students' parents or guardians are automatically entitled to become our primary members. The annual membership fee is HK\$50.

All teaching staff will also automatically become our primary members, but are not required to pay annual membership fee.

**Application Procedures:**

Please complete and return this membership application form together with the annual fee to the class teacher who will then submit the form and fees to our Association.

Fee can be paid in cash or cheque. The cheque should be crossed and made payable to "Chi Yun School Parent-Teacher Association".

**Members' Application Form**

1. Type of Membership \*  
(\* Please mark  in the appropriate box)

New Members  / Continued Members  : ( Primary  )

Parents/ Guardian's Name: \_\_\_\_\_ Member's Code Number (if any): \_\_\_\_\_

New members must complete the following information. Should the continued members have any changes about their data, please kindly fill in the related items as well :

2. Applicant / Member's Data

Name: \_\_\_\_\_ (Chinese) \_\_\_\_\_ (English) Sex: \_\_\_\_\_

Age: \_\_\_\_\_ Occupation: \_\_\_\_\_ I.D. Card No.: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Residence Tel No.: \_\_\_\_\_ Mobile No.: \_\_\_\_\_ Other Contact No.: \_\_\_\_\_

3. Student's Data

Student's Name: \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Class : \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Relationship : \_\_\_\_\_

Applicant's Signature: \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_

**PTA Use Only**

Joining Date: \_\_\_\_\_ Membership's Code No.: \_\_\_\_\_  
 Cash: HK\$ \_\_\_\_\_  Cheque: HK\$ \_\_\_\_\_ (Bank/Cheque No.: \_\_\_\_\_)  
Academic Membership Year: \_\_\_\_\_ Receipt No.: \_\_\_\_\_

Chairman's / Secretary's Signature: \_\_\_\_\_  
Name : \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_

## Annex I

The School refers to the "Prevention of Infectious Diseases Guidelines " issued by the Department of Health of HKSAR, parents should take the following precautions for their students:

1. Maintain good personal and environmental hygiene.
2. Keep your hands clean and wash your hands properly.
3. Wash your hands immediately when your hands are contaminated by respiratory secretions (e.g. after sneezing).
4. Cover mouth and nose when sneezing or coughing, and properly remove the secretions.
5. Building up personal immunity by maintaining a balanced diet, exercise regularly, and take adequate rest, which also help building up personal immunity.
6. When influenza is prevalent, avoid going to crowded or poorly ventilated public place.
7. Used toys and furniture should be properly cleaned;
8. Maintain good ventilation; and
9. Put on a surgical mask when having respiratory symptoms, and to seek medical consultation as soon as possible. Also follow doctor's recommendation, to take rest at home and do not return to school.
10. If a student is unwell or needs to be kept in hospital for observation, parents should notify the school immediately.



**Chi Yun School**  
**20\_\_-20\_\_ Annual Year**  
**Student Personal Health Record Form**

1. The purpose of this form is to understand the health status of the students so as to provide appropriate medical and health care services.
2. If student has accident in school, must transfer to medical institution for treatment. The school may provide relevant information to the medical staff so that each student can receive appropriate care. The school will not provide any health information to non-related medical staff, which is not conflict with the "Personal Privacy Ordinance."
3. No faculty has the right to inquire any information on the student health record form unless necessary.
4. Any student who has changed in his or her health condition is welcome to call the Nursing Department to make changes and archives.

Please fill in by parent/guardian

<b>A. Student Personal Information</b>			
Name : _____		(Chinese) _____ (English)	
Gender : _____		Birth certificate/ID number : _____	
Date of birth : _____ (Year) _____ (Month) _____ (Day)		Enrollment date : _____ (Year) _____ (Month) _____ (Day)	
Urgent contact person		Name _____ Contact number _____	
		Address _____	
<b>B. Student health condition</b>			
If student has suffered from the following diseases, please add '✓' in the box			
1. G6PD Deficiency	2. Visual impairment	3. Strabismus	
4. Color blindness	5. Color weakness	6. Eye scars	
7. Hearing impairment	8. Asthma/respiratory diseases	9. Other ear, nose and throat diseases	
10. Heart disease	11. Hypertension	12. Anemia	
13. Hemophilia	14. Digestive system disease	15. Thyroid disease	
16. Lymph gland diseases	17. Endocrine diseases	18. Diabetes	
19. Encephalitis	20. Epilepsy	21. Diseases of the genitourinary system	
22. Skin diseases	23. Joint/skeletal diseases	24. Mumps	
25. Chickenpox	26. Measles	27. Tuberculosis	
28. Hepatitis	29. Polio	30. Typhoid fever	
31. Benign tumor	32. Malignant tumor	33. Serious injury	
34. Others: (please specify) _____			

<b>C. Allergy (please indicate each name or type in the following column)</b>			
Drug allergy			
Food allergy			
Special dietary restrictions			
Sensitive skin (location)			
Other allergic diseases			

<b>D. Long-term medication information (Including all chronic patients, psychiatric drugs and drugs taken when needed)</b>			
Medication	Disease/Reason for taking medication	Time	Remarks

<b>E. Follow-up consultation or treatment/records of hospital admission or surgery (please attach the year of admission)</b>			
Please provide relevant follow-up consultation or discharge documents for the school nurse to review and record			
Hospital/Clinic name	Department/specialty name	Treatment situation	Remarks/Year

<b>F. Must install/wear medical device to school</b>				
Medical device	Installation/wearing part	Reason for use	Use period/time	Remarks/year

Form filled by : \_\_\_\_\_  
 Relationship with students : \_\_\_\_\_  
 Date : \_\_\_\_\_