

慈恩學校
2023-2024
學童牙科保健檢查 (小學部)

敬啟者：

曾於本學年9月報名參加學童牙科保健服務的小學學生，現安排**2024年6月4日(星期二)**往牙科檢查，當天家長或家傭必須陪同學生出席，若學生未有家長或家傭陪同，當日會留校活動，學校會安排有關交通。活動情況如下：

日期：2024年6月4日(星期二) (初小一、初小二、高小一及高小二)

地點：九龍亞皆老街147J亞皆老街賽馬會學童牙科診所一字樓

交通費用：旅遊巴免費 (牙科診所提供)，校巴\$35 (學生及一位家長)

集合時間：早上9:15前

集合地點：圖書館 (地下G/F)

帶備文件：學生身份證明文件(正本或副本)、學童牙科手冊(如有)

程序： 9:30a.m.	上車出發
10:00a.m.	到達診所
10:15a.m.-11:45a.m.	學生檢查
11:45 a.m.	上車回程
12:15p.m.	回到學校
12:15p.m.-13:00p.m.	學生用膳

另外，有關學生於牙科檢查使用約束措施事宜，請家長細閱附件一內容，然後在回條一併回覆對學生於牙科檢查使用約束措施的意願，如對以上內容有任何查詢，可致電 2386 2010 聯絡班主任或曾老師。

此致
貴家長／監護人


慈恩學校署任校長 謹啟
(廖幸琳)

二零二四年五月三日

回條

本人為_____（班別）_____（學生姓名）家長，已知悉學童牙科保健安排，當天
能/未能安排____（位）家長或家傭陪同出席。敝子弟如有身體不適，本人同意校方或主辦機構第一時間處理。

本人已閱讀附件（有關學生於牙科檢查使用約束措施事宜）內容，亦清楚上述學生於牙科檢查時有機會需要使用約束措施的原因，本人現 同意/不同意*上述學生於接受牙科檢查時按需要使用約束物品。

本人明白若不同意是項措施，可能導致意外的發生或其他的風險，學生亦有機會未能順利完成牙科檢查，須自行承擔責任。

本人 申請/不申請「課後學習支援計劃」，豁免交通費用。

家長姓名：_____（請用正楷）

家長簽署：_____

二零二四年 月 日

*(請在合適的方格內加上「」號)

附件一
有關學生於牙科檢查使用約束措施事宜

學生接受牙科檢查時，本校會按個別學生需要，基於安全情況的考慮，有機會使用約束措施作保護性固定，以協助學生能順利完成牙齒檢查。若學生接受檢查時，表現不合作及出現抗拒行為，本校會先嘗試使用不同的輔導策略，例如：提供不同的玩具、播放音樂或動畫等，分散學生注意，若以上策略均未能令學生合作接受檢查，即時諮詢牙科診所職員意見後，才會考慮使用約束物品，以協助學生在檢查過程避免因掙扎行為受傷、發生意外及防止跌倒，若學生表現合作或沒有出現抗拒行為，則不會使用。

本校職員會持續觀察學生的情況及需要，期間亦確保會與家長保持雙向的溝通，若學生使用約束物件後，仍表現不合作及出現抗拒行為，為免學生受傷或因抗拒行為引致他人受傷，則會立刻停止使用約束物品，牙科診所職員亦會評估狀況，為確保學生及職員之安全，有機會即時中止檢查。

本校十分關注學生的牙齒健康，為確保學生能順利完成牙科檢查，請 貴家長於回條回覆對學生於牙科檢查使用約束措施的意願，如對以上內容有任何查詢，可致電 2386 2010 聯絡班主任或曾老師。