



# 樂善堂梁鈺琚書院 LOK SIN TONG LEUNG KAU KUI COLLEGE

香港西營盤醫院道28號  
TEL: 2858 7002 2858 7608  
E-MAIL: office@lstlkkc.edu.hk

28 HOSPITAL ROAD, SAI YING POON, HONG KONG.  
FAX: 2857 2705  
WEBSITE: www.lstlkkc.edu.hk

(Ref: 2425028-6)

敬啟者：

## 中一自理營

為促進學生的全人發展、人際關係及團體精神，本校為各級學生安排不同的多元學習活動。貴子弟就讀的班級獲安排參與「中一級訓練練營」。活動詳情如下：

對象	中一級學生
活動日期	2024年11月27日至29日（3天2夜）
集合時間及地點	11月27日 下午1:15 於班房集合
解散時間及地點	11月29日 下午1:30（或活動結束後）於西營盤皇后大道西（近學校新街門口）
活動地點	西貢戶外康樂中心 （地址：西貢對面海區康健路21號；電話：2792 3828）
活動內容	團隊合作訓練、歷奇活動
費用	● 每位參加者 <u>只須繳交\$300</u> ，餘額由學校津貼 或 ● 若家庭現正領取書簿津貼半額資助，只須繳交\$150 或 ● 若家庭正領取綜合保障援助／書簿津貼全額資助，費用由學校全數資助。惟先繳交按金\$100，完成活動後發還。 （款項已包括來回交通、食宿、營費及教練費）
交通	旅遊巴士接送
服裝	學校運動服（營內可穿便服）
其他物品	水樽、外套、雨具、個人清潔及衛生用品、防曬用品、蚊怕水、口罩、個人藥物（如需）、暈浪丸（如需）、適量金錢、八達通

是項活動的收費遠低於活動成本，餘額開支均由學校支付，敬希學生好好把握是次從體驗活動中學習的機會。若個別學生因特殊理由不能參加，學生須如常回校（上午 8:00 至下午 3:50）出席英文工作坊、圖書閱讀及自修等學習活動，並請自備午膳。

活動過程中，學生務須嚴守紀律，服從導師指示，以保安全。如當日教育局因天氣惡劣宣布停課，活動則告自動取消。若當日因身體不適未能參加是次活動，事後須交回醫生證明。如有任何疑問，請致電 2858 7002 向訓輔主任潘志冲查詢。

此致  
貴家長



校長



謹啟

二零二四年十一月八日



樂善堂梁鈺琚書院  
LOK SIN TONG LEUNG KAU KUI COLLEGE

香港西營盤醫院道28號  
TEL: 2858 7002 2858 7608  
E-MAIL: office@lstlkkc.edu.hk

28 HOSPITAL ROAD, SAI YING POON, HONG KONG.  
FAX: 2857 2705  
WEBSITE: www.lstlkkc.edu.hk

(Ref: 2425028-6)

【回條請於 11/11/2024 或以前於 eClass Parent App 回覆】

敬啟者：

11月8日來函領悉，本人已細閱及清楚了解敝子弟參與活動的內容及資料。本人

- 同意 敝子弟參加相關活動，其身體健康及體能良好，同時會督促其於活動時絕對服從老師指示，遵守規則及注意安全。本人亦會在 eClass Parent App 繳付相關費用，並已填妥及交回「學生身體狀況申報表」。
- 不同意 敝子弟參加相關活動。11月27日至29日期間會如常上學自修及參與學校安排的學習活動。

(請在合適的方格內填上☐)

特此函覆，即希查照為荷。

此覆

樂善堂梁鈺琚書院校長

家長簽署：\_\_\_\_\_

家長姓名：\_\_\_\_\_

緊急聯絡電話或  
微信帳號：\_\_\_\_\_

學生姓名：\_\_\_\_\_

班別及班號：\_\_\_\_\_ ( )

日期：\_\_\_\_\_



# 樂善堂梁鈺琚書院 LOK SIN TONG LEUNG KAU KUI COLLEGE

香港西營盤醫院道28號  
TEL: 2858 7002 2858 7608  
E-MAIL: office@lstlkkc.edu.hk

28 HOSPITAL ROAD, SAI YING POON, HONG KONG.  
FAX: 2857 2705  
WEBSITE: www.lstlkkc.edu.hk

## 學生身體狀況申報表（參與中一自理營）

一. 有否患過較嚴重疾病（如心臟病、肺病、腎病）？

- 有，請列明\_\_\_\_\_
- 否

二. 有否患上需要長期服藥的疾病（如哮喘、糖尿病）？

- 有，請列出所服用藥物名稱\_\_\_\_\_
- 否

三. 有否長期服食藥物的習慣（如安眠藥）？

- 有，請列明\_\_\_\_\_
- 否

四. 有否接受過手術？

- 有，請詳述原因\_\_\_\_\_
- 否

五. 有否對藥物敏感？

- 有，請列明藥名\_\_\_\_\_
- 否

六. 曾否骨折或脫臼？

- 有，請列明部位\_\_\_\_\_
- 否

七. 有否對某種食物或東西有敏感？

- 有，請列明\_\_\_\_\_
- 否

八. 有否不適宜參與之運動？

- 有，請列出原因\_\_\_\_\_
- 否

家長姓名：\_\_\_\_\_

家長簽署：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_