

香港耀能協會賽馬會田綺玲學校
2018 至 2019 年度 家長通告
學童牙科保健服務

敬啟者：

早前 貴子弟參加本年度之「學童牙科保健服務計劃」，現接獲衛生署通知，詳情如下：

- 日期： 2019 年 6 月 27 日(星期四)(A、B、C、D、E、F、G 班)
2019 年 6 月 28 日(星期五)(H、I、J、K、L、M1、M2 班)
- 時間： 上午 9 時 30 分(在學校開車)
- 地點： 粉嶺學童牙科診所
- 地址： 粉嶺壁峰路 2 號粉嶺健康中心 2 樓
- 接送安排： 學童牙科保健服務可以提供免費旅遊巴接送，但旅遊巴沒有升降台、輪椅座位及安全帶等設施。故此，為方便有特別需要的學生，本校亦同時提供收費的校車接送服務，供家長選擇。
- 車費： 校車接送服務，學生及家長每位各四十二元，並於 9 月份自動轉賬中收取。

注意事項：

1. 學生**必須由家長到校陪同或由家長自行親攜**前往接受牙科檢查。
2. 如乘坐校車或旅遊巴前往，請家長於早上 9 時 20 分到校陪同子女乘車。
3. 家長須為 貴子弟攜備一枝寫上姓名的自用牙刷及牙科保健手冊。

請填妥回條，於 5 月 14 日(星期二)或之前交回班主任。如有查詢，請致電本校向護士陳宛暉姑娘查詢。

此致
學生家長

房湘雲校長

2019 年 5 月 7 日

回 條

敬覆者：

本人已知悉有關本年度「學童牙科保健服務」的安排，並決定

- 自行與敝子弟往返，不需任何交通安排。
- 敝子弟及本人乘坐學童牙科保健服務提供之旅遊巴往返。(需先經護士或治療師評估)
- 敝子弟及本人乘坐校車往返，並同意繳交車費。

此覆

香港耀能協會賽馬會田綺玲學校

學生姓名： _____

家長簽署： _____

班 別： _____

家長姓名： _____

日 期： _____

*請在 內加上 號。