



惠僑英文中學

WAI KIU COLLEGE

九龍石硤尾偉智街十七號
17 Wai Chi Street, Shek Kip Mei, Kowloon, Hong Kong.
電郵地址(E-mail): wkc@wkc.edu.hk

電話: 852-2777 6289 傳真: 852-27767727
Tel: 852-2777 6289 Fax: 852-27767727
網址(Website): <http://www.wkc.edu.hk>

Ref. No.: LT_SD 17-18/01

敬啟者：

2017-2018 年度 體育課家長同意書

體育科是本校課程的一部份，每一學生均須參加。惟 貴子弟若患有任何疾病，則必須徵詢醫生的意見，是否適宜上體育課。

茲請 貴家長簽署回條，於 2017 年 9 月 8 日交回班主任，以便辦理及存案。若 貴子弟需暫時或長期豁免上體育課，敬請附上註冊醫生證明書，日後 貴子弟有任何健康狀況的改變，亦祈請立刻通知。

如有任何問題，歡迎向體育活動總監 李根源 主任 查詢。

此致
貴家長



校長 _____ 謹啟
鄭智賢

2017 年 9 月 5 日

(註：本通告需加校印方為有效)

----- ✂ ----- 【 回 條 】 -----

Ref. No.: LT_SD 17-18/01

學生姓名： _____ 性別： _____ 班別： _____
出生日期： _____

(請於適當方格內加上✓)

- 上述學生適宜上體育課。
- 上述學生不適宜上體育課，茲附上醫生證明書。
- 請豁免上述學生由 _____ 至 _____ 上體育課，茲附上醫生證明書。

此覆
惠僑英文中學校長

家長或監護人簽署： _____
家長或監護人姓名： _____

日期：2017 年 9 月 5 日

學生病歷表
(由家長或監護人填寫)

(限閱文件 - 所提供的資料只用作本校學生保健的有關事宜)

1. 如學生曾患有以下疾病，請在適當的方格內加上「✓」記號及列出詳情：

	患病時年齡	疾病資料	建議療程 (如適用)
<input type="checkbox"/>		六磷酸葡萄糖脫氫酶素缺乏症 G6PD(蠶豆症)	
<input type="checkbox"/>		哮喘	
<input type="checkbox"/>		羊癲症	
<input type="checkbox"/>		高熱引致抽搐	
<input type="checkbox"/>		腎病	
<input type="checkbox"/>		心臟病	
<input type="checkbox"/>		糖尿病	
<input type="checkbox"/>		聽覺不健全	
<input type="checkbox"/>		血友病	
<input type="checkbox"/>		貧血	
<input type="checkbox"/>		其他血病	
<input type="checkbox"/>		藥物敏感	
<input type="checkbox"/>		疫苗敏感	
<input type="checkbox"/>		食物敏感	
<input type="checkbox"/>		其他敏感	
<input type="checkbox"/>		肺結核	
<input type="checkbox"/>		大/小手術	
<input type="checkbox"/>		其他	

2. 倘認為學生不適宜上體育課或參加任何其他類型的學校活動，請具體說明理由並提交醫生證明書供校方參考。

3. 學生有否長期定時服藥？ 有 沒有 服藥原因：_____

藥物名稱：_____ 藥物類別：西藥 / 中藥 / 成藥經醫生處方：
是 / 否 副作用(如有)：昏睡 / 腸胃不適 / 眩暈 / 集中力下降 / 其他

4. 倘學生需召救護服務時，家長是否同意授權校方召喚救護車送院處理，並同意校方向救護人員提供學生病歷？ 同意 不同意

學生姓名：_____ 性別：_____ 班別：_____

出生日期：_____ 緊急聯絡電話：_____

家長/監護人姓名：_____ 家長/監護人簽名：_____

日期：_____年_____月_____日