

解除責任

我明白課後計劃的性質和參與是自願的。我明白屋崙聯合校區不會就參與課後計劃而導致的任何損失、損壞、疾病、身體受傷或財物負責。我特此解除及免除屋崙聯合校區及其官員、僱員、代理和義工就參與課後計劃而導致的任何和所有受傷、生病、死亡、損失或損壞索償。

家長 / 監護人簽名：_____ 日期：_____

課後計劃勤到政策

我明白我子女會預期要完全參與課後計劃：

- ❖ 小學生將會預期每天參與直到下午六時，每星期總共有15小時。
- ❖ 初中生將會預期每星期最少有3天參與直到下午六時，每星期總共有9小時。

我明白能夠滿足計劃這勤到政策的學生會優先報名，若我子女不能完全參與，我子女可能會失去此計劃的學位。

我明白我子女（在 2 年級或以上）必須每天簽名報到，我子女（適用於高中生）或其家長/監護人必須每天簽名下課。

發放 / 接領學生政策

身為家長 / 監護人，我明白課後計劃將會在放學後即時開始和將會在晚上六時結束。課後計劃不會發放學生自行回家，除非由家長 / 監護人或列舉在下列的其中一位人士簽名把學生帶走：

家長 / 監護人簽名 日期

當我不能夠接回我子女的時候，我允許課後計劃職員把我的子女發放給：

姓名 / 關係 _____ 電話號碼：住宅 / 辦公 / 行動 _____

姓名 / 關係 _____ 電話號碼：住宅 / 辦公 / 行動 _____

緊記：請準時在所列明的計劃結束時間時接回貴子女。若在計劃結束時仍未接回貴子女，法律規定課後計劃職員要向保護兒童協會或執法機關匯報。請備注：三次遲接回貴子女將會導致他 / 她被撤銷計劃資格。

接放學生政策及沒有監管情況下發放學生許可書（自選）

只限使用於學生在年齡 12 歲及以上

學校名稱：_____

學生姓名：_____

年級：_____

學生出生日期：_____

若我遲於放學時間後到達或不能夠在課後計劃後接回我的子女：

- 我允許課後計劃職員在沒有監督的情況下從課後計劃發放我的子女。

身為家長 / 監護人，我特此解除及免除屋崙聯合校區及其官員、僱員、代理人員及義工在課後計劃結束時間後，若我遲到或未能在課後計劃結束時接回我子女，在沒有監管情況下發放我子女放學而導致受傷、生病、死亡、損失或損壞的所有索償。

家長/監護人簽名 日期

2020-21 年度屋崙聯合校區課後計劃

課後計劃：_____

學校：_____

學生健康表格

學生資料

學生姓名_____ 出生日期_____

2020-21 學年的年級_____ 在家中所用的語言_____

家長 / 監護人資料

家長 / 監護人姓名（名字、姓氏）_____

學生的住址_____

電話號碼：_____

家長 / 監護人行動電話_____ 家長 / 監護人工作電話_____

學生的醫生姓名_____ 電話_____

緊急事故

如有緊急事故，請聯絡：

姓名：_____ 與學生關係：_____

電話號碼：_____

健康

若貴子女有任何這些健康情況，並需要課後計劃妥善安排，請“✓”適用的：

<input type="checkbox"/> 對_____嚴重過敏	<input type="checkbox"/> 學生在校有腎上腺素急救針筒
<input type="checkbox"/> 哮喘	<input type="checkbox"/> 學生在校有吸入器
<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 學生有藥物在校
<input type="checkbox"/> 癲癇	<input type="checkbox"/> 學生有藥物在校
<input type="checkbox"/> 鐮刀細胞貧血	<input type="checkbox"/> 學生有藥物在校
<input type="checkbox"/> 囊腫性纖維化	<input type="checkbox"/> 學生有藥物在校
<input type="checkbox"/> 其他狀況：_____	<input type="checkbox"/> 學生有藥物在校

可能會是重要的醫療記錄：_____

列出任何過敏徵狀：_____

在上學期間需要的藥物：_____

在課後時間需要的藥物：_____

特別指示

萬一有哮喘發作、血糖低、或有過敏反應，所有患有哮喘、糖尿病、和嚴重過敏的學生應該預先存放緊急藥物給課後計劃職員，並有一份由你和你的醫生簽署的醫療管理計劃（糖尿病、嚴重過敏、或哮喘的行動計劃）。課後計劃亦需要存放有貴子女服用的藥物，這是與你提供給平常上學的計劃分開提供。

欲知更多有關的資料，請與貴學校護士/健康服務聯絡。

授權治療未成年兒童

若我子女在課後計劃期需要服用藥物，我授權給課後計劃職員提供服用藥物給我子女。

我特此授權課後計劃職員提供有適當緊急治療給我子女/監護的兒童。

日期：_____ 家長或監護人簽署：_____

正楷填寫姓名：_____

貴子女是否有視力問題？ _____

你有否被知會貴子女有視力困難？ _____

貴子女是否應該要配戴眼鏡？ _____

請即時把本表格交回課後計劃。謝謝！