



聖公會白約翰會督中學
S.K.H. BISHOP BAKER SECONDARY SCHOOL
新界 元朗 鳳攸南街十號
NO. 10 FUNG YAU SOUTH STREET, YUEN LONG, N.T.
TEL: 24754778-9 FAX NO.: 24799150



學生健康狀況調查及上課安排(中一級)

LTP25/002

敬啟者：

為提供全面學習支援，讓學生於安全及愉快的環境下成長，請家長每年填報學生健康狀況資料，本校定當將資料保密處理。

(一) 如 貴子弟健康狀況良好， 貴家長同意該生參與學校提供的課程及課外活動者，請填具回條甲部交回本校備案。

(二) 申請學習支援

(1) 一般學校課程

如 貴子弟患有任何疾病或身體弱能的情況，以致影響其學習一般學校課程者，請填具回條乙部交回學校，以便作出適當的安排。

(2) 體育科課程

本校必修的教學課程包括了體育科。惟 貴家長必須留意，如學生患上嚴重疾病，則應暫時停止體育活動。若 貴子弟因上述情況而欲校方豁免上體育課程，請填具回條丙部申述理由，並附上註冊醫生證明文件，以便辦理。 貴家長如懷疑 貴子弟之健康是否適宜參與一般體育活動，應即前往註冊醫生處接受診斷是荷。

(3) 科學科課程

如 貴子弟對某些化學品有敏感反應，請填具回條丁部交回本校，以便科學科任教老師跟進。

此致

中一級家長



校長

謹啟

(王力克)

二零二五年七月十日

學生健康狀況調查及上課安排(中一級)

家長信回條 LTP25/002

座位編號：()

甲部

本人同意敝子弟_____班學生_____參與學校提供的課程及課外活動；該生健康狀況良好。

此覆

聖公會白約翰會督中學

王力克校長

家長簽署：_____

二零二五年七月_____日

乙部

(1) 敝子弟_____班學生_____因患有_____，相信會影響其學習一般學校課程，冀能作出適當的安排，茲附上註冊醫生證明文件，供 貴校備案。

(2) 又：敝子弟曾於小學接受特殊學習需要的安排_____ (如有，請列明)。

此覆

聖公會白約翰會督中學

王力克校長

家長簽署：_____

二零二五年七月_____日

丙部

本人不同意敝子弟_____班學生_____參與體育科課程。該生患有以下疾病_____，茲附上註冊醫生證明文件，供 貴校備案。

此覆

聖公會白約翰會督中學

王力克校長

家長簽署：_____

二零二五年七月_____日

丁部

敝子弟_____班學生_____對化學品有敏感反應。

(請註明：_____)

此覆

聖公會白約翰會督中學

王力克校長

家長簽署：_____

二零二五年七月_____日

備註：於 7 月 15 日校務處職員會於學科測驗完結後在禮堂收回家長信回條。
(回條須全份交回，不用剪開)