

# 天主教慈幼會伍少梅中學

SALESIANS OF DON BOSCO NG SIU MUI SECONDARY SCHOOL

地址：香港新界葵涌葵合街三十號 Address: 30 Kwai Hop Street, Kwai Chung, N.T., Hong Kong.

網址 Web Site: <http://www.sdbnsm.edu.hk> 電話 Tel: (852) 2425 8223 傳真 Fax: (852) 2489 0921

通告編號：1920/063

敬啟者：

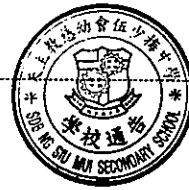
本校航空青年團學生將會參加由香港航空青年團所舉辦的活動，詳見後頁。

此致

貴家長

校長 李建文 謹啟

二零一九年十一月二十六日



通告編號：1920/063

回 條

敬覆者：本人已知悉附件活動之安排。

此致

天主教慈幼會伍少梅中學校長

班別：\_\_\_\_\_ 班號：\_\_\_\_\_ 學生姓名：\_\_\_\_\_ 學生手提電話（如適用）：\_\_\_\_\_

家長或監護人\*姓名及電話號碼：\_\_\_\_\_

家長或監護人簽署：\_\_\_\_\_

二零一九年十一月\_\_\_\_日



香港航空青年團第五零三中隊  
HONG KONG AIR CADET CORPS  
NO 503 SQUADRON

敬啟者：

《第五大隊(新界西)夜行活動》  
No 5 (NT W) Night Journey

第五大隊將舉辦夜行活動，讓學員體驗夜行活動。請參閱詳情如下。  
No 5 (NT W) Wing will organized the Night Journey with details given below:-

日期 Date	11月30日至12月1日(星期六至星期日) 30 November – 1 December (Saturday to Sunday)
活動時間 Time	11月30日晚上9時正至12月1日早上9時半 2100 hrs (30 November) to 0930 hrs (1 December)
活動地點 Venue	馬鞍山郊野公園 Ma On Shan Country Park
集合時間 Roll Call	11月30日晚上7時30分葵芳港鐵站A出口 1930 hrs on 30 November at Exit A, Kwai Fong Station
解散時間 Dismissal	12月1日早上9時半西貢鄧肇堅運動場 0930 hrs on 1 December at Sai Kung Tang Shiu Kin Sports Ground
服裝及裝備 Dress code and equipment	將於簡介會說明 to be announced at the briefing session
費用 fee	90元正(包括活動費用及團衣) \$90 (for the night journey and purchase of Corps T-shirt)

敬請填妥回條後，於2019年11月16日之集會連同費用一併交回。如有任何疑問，可致電中隊熱線(852) 6554 0053。

此致  
貴家長

香港航空青年團  
第503中隊長  
郭德麟中尉 啟

**香港航空青年團**  
**HONG KONG AIR CADET CORPS**

團員姓名

Name of Member \_\_\_\_\_

身份證號碼

HKIC Number \_\_\_\_\_

團員編號

Serial Number \_\_\_\_\_ ( )

**健康狀況聲明**  
**HEALTH CONDITION DECLARATION**

If it cannot be confirmed and declared that the Member is free from any medical concerns, please circle one or more of the following choices that best describe the relevant medical concerns, and feel free to provide further information you consider appropriate.

若閣下不能確認及聲明上述團員並沒有任何健康問題，請在以下一項或多項最能描述上述團員健康狀況的選擇上打圈，並在適當情況下提供進一步資料。

**Neurological 神經系統**

History of epilepsy, fits or blackouts 癲癇、肌肉抽搐或昏厥

History of migraine 偏頭痛

History of psychiatric illness 精神病

**Otorhinolaryngological 耳鼻喉**

Acute otitis media or externa 急性中耳或外耳炎

Chronic suppurating otitis media 慢性化膿性中耳炎

Scarred ear-drum 耳膜損傷

Sinusitis 鼻竇炎

**Abdomen 腹部**

Abdominal operation within the last month 月內曾進行腹部手術

Colostomy 結腸造口

Other significant abdominal conditions 其他嚴重腹部毛病

**Endocrine and Drugs 內分泌及藥物**

Diabetes 糖尿病

Under treatment by antihistamines, tranquilizers, or decongestant drugs, or any type of drugs with side effects

that could affect alertness and judgement

正接受抗組織胺、鎮靜劑或通鼻塞藥物，或其他影響警覺性及判斷藥物的治療

**Respiratory 呼吸系統**

Acute respiratory conditions 嚴重呼吸系統問題

Bronchitis 支氣管炎

Asthma 哮喘 (please provide further information 請提供進一步資料)

- frequency and severity of attacks 發作頻率及程度：

- date of last attack 上次發作日期：

- treatment required 所需治療：

**Cardiovascular 心臟及循環系統**

Cardiac illness 心臟毛病

Hypertension 高血壓

**Visual 視力**

Acute Myopia 深度近視

Visual field limitation or unocular vision 視野障礙或單眼

**Locomotor 運動系統**

Limitation of limb or hand movement 肢體或手部活動障礙

**Others 其他**

Allergic to Drugs 對藥物敏感 (Type of Drug 藥物種類):

Allergic to Food 對食物敏感 (Type of Food 食物種類):

Other conditions not mentioned on this page

其他在本頁未曾敘述症況:

日期

Date \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

補充資料(如適用) Further Information (if appropriate)

---



---



---

## DECLARATION 聲明

I/We hereby declare that to the best of my/our knowledge and belief the information contained in this *Health Condition Declaration* is true and complete in every aspect. The Hong Kong Air Cadet Corps is authorized to contact the Member's physician for further verifications if necessary.

本人/我們謹此聲明就本人/我們所知本健康狀況聲明上所提供的資料乃正確齊全。香港航空青年團有權就上述資料向上述團員的醫生要求核實。

## FAMILY PHYSICIAN 家庭醫生

If requested by HQ HKACC, Family Physician's endorsement  
若香港航空青年團總部要求，須由家庭醫生簽署：

I certify that, to the best of my knowledge, \_\_\_\_\_ (member's name) does / does not \* suffer from any of the diseases or disabilities listed in this Declaration.

就本人所知，\_\_\_\_\_ (團員姓名) 患有 / 沒有 \* 本聲明上所述疾病或殘障，特此核實。

\*Delete as appropriate 刪去不適用

Additional Comments (if any) 補充資料 (如適用) : \_\_\_\_\_

Name of Physician 醫生姓名 : \_\_\_\_\_ Signature 簽名 : \_\_\_\_\_

Address 地址 : \_\_\_\_\_

Telephone 電話 : \_\_\_\_\_ Date 日期 : \_\_\_\_\_

## CONTACT PERSON IN CASE OF EMERGENCIES 遇上緊急事故時的聯絡人

Name 姓名 : \_\_\_\_\_

Address 地址 : \_\_\_\_\_

Telephone 電話 : \_\_\_\_\_

I/We understand and accept that the information given in this Health Condition Declaration will be used by the Hong Kong Air Cadet Corps and other authorized persons or entities related to the running of its activities and administration of its affairs.

本人/我們明白並同意香港航空青年團及其授權的人仕及單位，有權使用以上提供的資料，作為舉辦該團隊活動及處理該團隊事務之用途。

Member's Signature 團員簽署 : \_\_\_\_\_ Date 日期 : \_\_\_\_\_

Parent's/Guardian's name (if the member is under 21 years of age)  
家長/監護人姓名 (如團員為二十一歲或以下) :

Parent's/Guardian's Signature 家長/監護人簽署 : \_\_\_\_\_

Date 日期 : \_\_\_\_\_

Remarks by HQ HKACC 香港航空青年團總部批註