



香港中文大學校友會聯會張煊昌幼稚園
CUHK FEDERATION OF ALUMNI ASSOCIATIONS
THOMAS CHEUNG KINDERGARTEN

新界沙田馬鞍山錦英苑商場 電話 Tel. : 2640 1973 圖文傳真 Fax : 2640 1635
Commercial Centre, Kam Ying Court, Ma On Shan, Shatin, N.T., Hong Kong
E-mail : cuhkfaatck@biznetvigator.com Website : www.cuhkfaatckg.edu.hk

Adm/11-12/05(b)

家長委託校方協助全日班兒童餵服藥物同意書

1. 全日班學生如需服用藥物(只適合用於由香港註冊西醫處方之藥物)，家長/監護人必須於帶學生回校時，將有關藥物及已填寫之「兒童餵食藥物表格」交給本校教職員以作核對及跟進。
2. 交來藥物必須為最近一次求診後，由註冊西醫所處方藥物，藥物須有正確標籤，如醫院/診所名稱、學生姓名、藥物名稱、服用劑量、服用次數及給藥途徑等。
3. 如校方對交來之藥物有懷疑，校方會隨時聯絡家長或有關醫護人員，才決定是否讓學生服用該藥。
4. 家長或監護人請勿自行抽起部份於同一療程期間所需服用之藥物，否則責任自負。
5. 校方會按時給予學生服用所需藥物，惟未經註冊西醫處方之藥物，校方將不會安排派藥或協助餵藥，家長/監護人亦應避免給學生服用未經註冊西醫處方之藥物。
6. 本校一概不會給學生服用存放不當的藥物，如：
 - *已過期的藥物
 - *已變質的藥物(如變色、變味或變得混濁/有異常沉澱物)
 - *已開蓋一個月的眼藥水及眼藥膏
 - *藥物的標籤不清晰及非註冊西醫處方之其他中成藥
7. 本校可要求學生的診症醫生詳細列出服藥前後需要留意的事項。

本人_____ (家長/監護人姓名) * 同意 / 不同意 * 小兒 /

小女 / 受託兒童_____ (學生姓名) 班別：_____ 班 於上課
期間，將有需要服用之藥物交由香港中文大學校友會聯會張煊昌幼稚園之教職員給予

* 小兒 / 小女 / 受託兒童 服用，並明白及遵守以上所訂原則。

此覆

香港中文大學校友會聯會張煊昌幼稚園

家長與學生關係：_____

家長/監護人簽名：_____

日期：_____

註 1. *請將不適用者刪去

2. 姓名請用正楷書寫