



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

Ref: Adm/11-12/08

**家長向衛生署提供資料同意書  
及填寫健康調查紀錄**

敬啟者：

為方便衛生署處理及控制傳染性疾病，敬請各家長協助填寫 Ref:Adm/11-12/08A 之「學生健康調查紀錄表」，並於 5-9-2011(星期一)前交回班主任，以便本園對 貴子女的身體健康狀況有更清晰的了解。

此致  
貴家長 台照

二零一一年九月一日

香港中文大學校友會聯會  
張煊昌幼稚園 謹啟

✂-----

此覆：香港中文大學校友會聯會張煊昌幼稚園

敝子女\_\_\_\_\_ (學生姓名) 就讀於香港中文大學校友會聯會張煊昌  
幼稚園\_\_\_\_\_ 班，本人同意讓 貴校於需要時，向衛生署提供本人的  
姓名和電話號碼，以方便衛生署在傳染病爆發時作出跟進及調查資料之用。

另本人已填寫「學生健康調查紀錄表」Ref: Adm/11-12/08A，以便校方跟進 敝子  
女的健康狀況及作出適當安排。

家長姓名：\_\_\_\_\_

家長簽署：\_\_\_\_\_

聯絡電話：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

# 香港中文大學校友會聯會張煊昌幼稚園

## 2011-2012 年度學生健康調查紀錄表

Ref: Adm/11-12/08A

學生姓名: \_\_\_\_\_

班別: \_\_\_\_\_

出生日期: \_\_\_\_\_

性別: \_\_\_\_\_

家長/監護人姓名: (1) \_\_\_\_\_

(2) \_\_\_\_\_

聯絡電話: (1) \_\_\_\_\_

(2) \_\_\_\_\_

1. 如學生曾患有以下疾病，請在適當的方格內註明「✓」號及列出詳情:

曾患 「✓」	請圈出  曾患之疾病	患病時年齡	疾病詳細資料
	六磷酸葡萄糖脫氫酶素缺乏症 <b>G6PD</b>		
	H1N1 人類豬流型流感		
	登革熱		
	日本腦炎		
	麻疹 / 風疹(德國麻疹)/濕疹		
	手足口病/腸病毒(EV71)/水痘		
	弱視 / 急性結膜炎(紅眼症)		
	弱聽 / 需以助聽器協助		
	流行性腮腺炎		
	哮喘 / 羊癇 / 高熱引致抽筋		
	血友病 / 貧血 / 其他血病		
	藥物 / 疫苗/食物 / 其他 <b>敏感症</b>		
	乙型肝炎 / 其他類型肝炎		
	破傷風		
	心臟病 / 腎病 / 糖尿病		
	肺結核 TB		
	曾患重病/特別病歷: 小手術		
	<b>大手術</b>		
	其他疾病請具體說明: _____ _____		

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:

\_\_\_\_\_ 並請提

交醫生證明供校方參考。

3. 其他補充資料:

\_\_\_\_\_

4. 倘 敝子弟在校遇有意外或急病，本人授權校方送敝子弟到政府醫院。本人並證明上列所報病歷屬實，如資料有任何更改，本人應立即通知校方。

\_\_\_\_\_ 日期

\_\_\_\_\_ 家長/監護人簽署

\_\_\_\_\_ 聯絡電話