

東灣莫羅瑞華學校

致石壁宿舍院長通告／家長通告 編號：LP1730

陳耀麟院長／貴家長：

有關參加「睛彩仁醫之學童驗眼計劃」

香港睛彩慈善基金會（簡稱「基金」）是由一群熱心公益的眼科醫生成立，是非政府、非牟利的慈善團體，成員包括名譽顧問高永文醫生太平紳士，BBS、創會會長周伯展醫生太平紳士及主席甘定洸醫生。而基金特別為本校舉辦「睛彩仁醫之學童驗眼計劃」（簡稱「計劃」），目的是運用他們的專業知識，為有需要之二年級至六年級學生提供免費驗眼、眼科治療、眼睛結構問題、炎症及屈光處理，包括處方簡單眼科藥物及基本眼鏡配置等服務，希望向家長及學生推廣健康訊息，增加大家對眼睛處理、眼疾的知識、其預防和治療的重要性。計劃詳情如下：

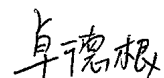
對象：本校二年級至六年級學生

報名方法：請於 2018 年 6 月 29 日或之前填妥回條，並交回班主任查收，凡領取綜合社會保障援助、領取學生資助辦事處全額資助及有特別經濟困難的學生會獲優先考慮。

入選通知：因名額有限，凡獲選錄學生將於 7 月另函收到「入選通知書」，家長須依期陪同貴子弟到指定眼科診所接受服務。

備註：如有任何查詢，請致電 2980 2383 與李建邦社工聯絡。

校長



（卓德根）

二零一八年六月二十二日

回條

致家長通告 編號 LP1730

有關參加「睛彩仁醫之學童驗眼計劃」

(以✓表示選擇)

本人同意敝子弟參加「睛彩仁醫之學童驗眼計劃」，並聲明屬於下面以✓表示的情況：

領取學生資助辦事處全額資助

領取綜合社會保障援助

家庭經濟有特別困難 (請註明原因)_____

本人現聲明就本人所知所信，本人所提供之資料是為真確。本人完全明白及同意 貴校向本人索取資料，作為處理本人申請上述計劃的用途。

本人無意敝子弟參加「睛彩仁醫之學童驗眼計劃」

家長簽署：_____

家長姓名：_____ 學生姓名：_____ 日期：_____

(家長閱讀及簽署後，請於二零一八年六月二十九日或以前將本回條交回班主任。)

東灣莫羅瑞華學校
有關參加「晴彩仁醫之學童驗眼計劃」

「入選通知書」

敬啟者：

貴子弟成功獲選參加「晴彩仁醫之學童驗眼計劃」，請細閱注意事項，並依時應診。

學生姓名：_____ 班別：_____

注意事項：

1) 獲分派醫生診所資料

醫生名稱：

診所地址：

診所電話：

- 2) 請收到「入選通知書」後一星期內致電診所預約就診時間。
- 3) 就診時，必須帶備入選通知書、學生之身分證及家校合作手冊。
- 4) 診所職員會核對學生資料及收回「推薦便條」以作紀錄。
- 5) 應診後，如醫生確認學生有必要配置眼鏡，學生可到由計劃提供的眼鏡店(見附件)免費選購指定款式鏡架及鏡片，亦可自行選購其他款式。
- 6) 香港晴彩慈善基金會保留隨時修訂細則的權利及最終決定權。

✂-----

(供診所職員查收)

東灣莫羅瑞華學校
「推薦便條」

學生姓名：_____ 班別：_____

校長

(卓德根)

二零一八年七月 日