

新界大埔大元邨
電話：(852) 26643032
傳真：(852) 26678085
網頁：www.nthyktpdss.edu.hk
電郵：nthyktpdss@edb.gov.hk



TAI YUEN ESTATE TAI PO N.T.
Tel. No：(852) 26643032
Fax No：(852) 26678085
URL：www.nthyktpdss.edu.hk
Email：nthyktpdss@edb.gov.hk

新界鄉議局大埔區中學
N.T. HEUNG YEE KUK TAI PO DISTRICT SEC. SCHOOL

家長信編號：A0122 /22-23

各位家長：

姊妹學校—深圳市新華中學學生交流團

為促進深港兩地交流、增強學生對兩地的了解與溝通，本校安排了「姊妹學校—深圳市新華中學學生交流團」。貴子弟已被挑選參加本交流團，詳情如下：

日期：	2023 年 5 月 12 日(星期五)	交通：	中港兩地牌直通旅遊車
活動地點：	深圳市新華中學 (深圳市寶安區龍華建設東路)	服裝：	本校運動服
集合時間 及地點：	上午 8:10，本校有蓋操場	參加人數：	14 人
解散時間 及地點：	下午 4:30，本校正門	領隊老師：	呂潔雯老師、羅美玲老師
備註：	1. 請帶備身份證及回鄉證(有效期由出發日起計不少於6個月) 2. 須出席交流團簡介會(日期有待確定)，交流團之細節將在簡介會詳述		

每名學生的團費將由本校全數津貼，包括探訪活動、午膳、交通，以及每人旅遊平安保險 10 萬元，家長如有需要，可自行為子女另購旅遊保險。

請填妥回條及正確填寫附頁旅遊保險表格，並著 貴子弟於 2023 年 4 月 24 日(星期一)或以前交回楊詠渝老師。如 貴子弟有任何已知疾病或正接受任何醫療，請於回條內一併聲明。如有任何查詢，請致電 2664 3032 聯絡呂潔雯老師。

校長



劉清容

2023 年 4 月 20 日

新界大埔大元邨
電話：(852) 26643032
傳真：(852) 26678085
網頁：www.nthyktpdss.edu.hk
電郵：nthyktpdss@edb.gov.hk



TAI YUEN ESTATE TAI PO N.T.
Tel. No：(852) 26643032
Fax No：(852) 26678085
URL：www.nthyktpdss.edu.hk
Email：nthyktpdss@edb.gov.hk

新界鄉議局大埔區中學
N.T. HEUNG YEE KUK TAI PO DISTRICT SEC. SCHOOL

姊妹學校—深圳市新華中學學生交流團

行程表

時間	行程
8:10	於本校有蓋操場集合 乘坐直通旅遊車前往深圳灣口岸或其他口岸辦理出境手續
10:00	到達深圳市新華中學，並進行交流活動
12:00	午餐
13:30	乘車前往深圳市新華中學，並進行交流活動
15:00	乘車前往深圳灣口岸或其他口岸辦理入境手續
16:30	直達本校正門解散

新界大埔大元邨
電話：(852) 26643032
傳真：(852) 26678085
網頁：www.nthyktpdss.edu.hk
電郵：nthyktpdss@edb.gov.hk



TAI YUEN ESTATE TAI PO N.T.
Tel. No : (852) 26643032
Fax No : (852) 26678085
URL : www.nthyktpdss.edu.hk
Email : nthyktpdss@edb.gov.hk

新界鄉議局大埔區中學
N.T. HEUNG YEE KUK TAI PO DISTRICT SEC. SCHOOL

家長信編號：A122 /22-23

回 條

劉校長：

姊妹學校—深圳市新華中學學生交流團

本人已知悉有關「姊妹學校—深圳市新華中學學生交流團」之詳情，並當督促敝子弟依時出席活動。

敝子弟健康良好，可參與上述活動。如敝子弟遇意外或生病，本人*同意／不同意敝子弟接受任何必須之治療。

學生姓名：_____ 家長簽署：_____

班別及班號：_____ () 家長姓名：_____

日期：2023年4月_____日 緊急聯絡電話：_____

*請刪去不適用之字句。



Please fill in English and Block Letters 請用英文正楷填寫
PARTICIPANT DETAILS 參加者資料

☐ Student 學生 (Class 班別: _____) ☐ Parents 家長 ☐ Teacher 老師 ☐ Others 其他, please specify 請註明 _____

Name 姓名: _____
Family Name 姓 _____ Given Name 名 _____

中文姓名: _____ HKID Number 香港身份證號碼: _____

Date of Birth 出生日期: _____ (dd) _____ (mm) _____ (yyyy) Age 年齡: _____ Gender 性別: M / F

Place of Birth 出生地: _____ Nationality 國籍: _____

Tel No 聯絡電話: _____ Email Address 電郵地址: _____

Address 地址: _____

TRAVEL DOCUMENT 旅行證件

1. ☐ HKSAR 香港特區護照 ☐ BNO ☐ Home Return Permit 回鄉證 ☐ DI 香港簽證身份書

☐ Others 其它 (Please Specify 請註明): _____

Passport No 護照號碼: _____ Expiry Date 有效期至: _____ (dd) _____ (mm) _____ (yyyy)

2. ☐ HKSAR 香港特區護照 ☐ BNO ☐ Home Return Permit 回鄉證 ☐ DI 香港簽證身份書

☐ Others 其它 (Please Specify 請註明): _____

Passport No 護照號碼: _____ Expiry Date 有效期至: _____ (dd) _____ (mm) _____ (yyyy)

TRAVEL VISA 旅遊簽證

Visa No 簽證號碼: _____ Expiry Date 有效期至: _____ (dd) _____ (mm) _____ (yyyy)

Type of Visa 簽證種類: SINGLE 單次 / MULTIPLE 多次

MEDICAL, DIETARY AND ALLERGIES INFORMATION 醫療、飲食及敏感

1. Do you have any medical conditions or currently suffering from any illnesses, eg diabetes, asthma?

有否任何健康問題或長期病患, 如糖尿、哮喘 等 ☐ YES ☐ NO

If yes, please specify 如有, 請註明: _____

2. Special dietary 特別膳食要求: ☐ Vegetarian 素食 ☐ Other, please specify 其它, 請註明: _____

3. Do you have any allergies? 有否任何敏感 ☐ YES ☐ NO

If yes, please specify 如有, 請註明: _____



REMARKS 備註

Prohibited activities 限制活動: _____

Others information 補充資料: _____

I hereby agreed to receive any product information or latest promotional materials from HKST
 本人同意收取關於學聯集團有關產品及最新活動的推展資訊。 ☐ YES ☐ NO

EMERGENCY CONTACT DETAILS 緊急聯絡人資料:

Emergency Contact in HONG KONG 在香港的緊急聯絡人:

Name 姓名: _____ Relationship 關係: _____

Tel 電話: _____
 Daytime 日間 _____ Night time 晚間 _____ Mobile 手提電話 _____

PARTICIPANT/ PARENTS CONSENT 參加者/家長同意聲明

I/We have carefully read the itinerary, terms and conditions and hereby give consent for me/ our son/daughter to participate in a study/ cultural exchange tour organized by Council of International Cultural Exchange.

In the case of a medical emergency or injury, I/we authorize school teachers and tour leader to seek proper treatment, including the administering of prescribed medication and or other treatment deemed necessary by a qualified medical practitioner.

In addition, I/we authorize school teachers and tour leader to withdraw and/or access the medical records for travel insurance references.

I/We understand that all medical costs are to be borne by my/our son/daughter at the time of treatment.

I/We agree that Council for International Cultural Exchange use photographs, videotapes, and testimonial of the participant in publicity materials.

I/We confirm having read and understood that Council for International Cultural Exchange' s Personal Information Collection Statement and agree to comply with the terms and conditions in relation thereto.

本人/我們已詳細閱讀是次遊學/交流/考察團的行程及細則，並同意本人/本人之子女參加由學聯國際文化交流中心所安排之遊學活動。並授權予帶隊之學校老師及領隊處理緊急之醫療情況，並按照當地醫護人員之建議進行治療。同時並授權上述之老師及領隊提取本人子女於當地之病歷及醫療報告。

本人/我們明白當中所涉之費用須由本人及本人之子女承擔。

本人/我們亦明白本中心有權使用學員在營內活動之照片、錄影帶、作品及感言卡，作宣傳之用。

本人/我們確認已閱讀及明白有關貴中心的收集個人資料聲明，並同意貴中心相關條款之約束。

Signature of Participant 參加者簽署: _____

Child under the age of 18, have to submit the application with parents/ legal guardian signature for consignment 未滿十八歲之參加者需家長或合法監護人簽署

Signature of Parent/legal guardian 家長或合法監護人簽署: _____

Name 姓名: _____

PRIVACY OF INFORMATION 個人私隱

1. The information will be stored securely and retained by the Council for International Cultural Exchange for three months after return of the tour. 所有收集所得的資料均會由學聯國際文化文流中心保存並於旅程完成後三個月銷毀。

2. Full and frank disclosure is required. 參加者必須確保所提供之資料為真確無誤。

ENROLMENT 報名 (Please attach 請附上)

☐ Completed application form 填妥的報名表

☐ Copy of travel document(s) 旅遊證件副本 e.g. Passport 護照, HKID 香港身份證, Home Return Permit 回鄉證, Visa 簽證 etc.
 (If any 如有)