

香港扶幼會盛德中心學校

2017-2018 年度

香港聖約翰救傷機構「笑容重現」服務

敬啟者：

本校一直關注學生的身心健康，而牙齒健康是其中重要的一環。有鑒於此，本校特別安排香港聖約翰救傷機構「笑容重現」服務到校，為學生提供牙科護理服務。

服務詳情如下：

日期	地點	對象	服務包括	費用
2018年1月22至25日	本校	中一至中六	洗牙、補牙和脫牙	免費

如家長有意讓 貴子弟參加「笑容重現」服務，需填妥同意書，並於 12/1 或前交回本校。如對活動有任何問題，請致電 2711 4800 與陳莆浩主任或黎婉貞社工聯絡。

此致

各位家長



校長 胡忠興 謹啟

二零一七年十二月八日

通告編號：1718_S14

副本送交：香港扶幼會盛德中心



香港聖約翰救護機構
「笑容重現」
家長同意書

姓名：(中) _____ (英) _____
出生日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日 性別： _____ 男/女 身份證號碼： _____
中心名稱： _____ 香港扶幼會盛德中心(學校) _____ 級別： _____
家長或監護人日間聯絡電話： _____

- 本人 **同意** 上述子女參與香港聖約翰救護機構之“笑容重現”之牙科服務計劃，接受牙科治療並願意與有關人員衷誠合作；
 不同意 上述子女參與上述之牙科服務計劃；

本人現提供有關上述子女的身體狀況，以便進行牙科服務：

- 發展遲緩 自閉症 過度活躍 行為問題 其他 (請註明)： _____
 弱視 弱聽 其他 (請註明)： _____
 先天性心臟病 風濕性心臟病 其他心臟病 (請註明)： _____
 地中海貧血 血友病 其他血病 (請註明)： _____
 六磷酸葡萄糖去氫酵素缺乏症(G6PD)
 甲型肝炎 乙型肝炎 其他種類肝病 (請註明)： _____
 哮喘 腦癇病(發羊吊) 糖尿病 腎病
 肺結核 愛滋病 其他傳染病 (請註明)： _____
 長期服用的藥物及劑量 (請註明)： _____
 對藥物有過敏性反應 (請註明)： _____
 覆診醫院及部門 (請註明)： _____
 曾接受過的手術 (請註明)： _____
 遺傳病 (請註明)： _____
 其他重要病歷 (請註明)： _____
 我的子女 **沒有** 以上的情況

家長／監護人簽署

家長／監護人姓名(正楷)

日期：

收集個人資料聲明

- 個人資料的提供乃出於自願。所提供之個人資料只作用於由香港聖約翰救護隊「笑容重現」的牙科服務計劃。
- 你所提供的個人資料主要由香港聖約翰救護隊內部使用。資料只可於你同意向有關方面作出披露或該種披露是《個人資料(私隱)條例》所允許的情況下，才向有關方面披露。
- 根據《個人資料(私隱)條例》第18條及22條以及附表1第6原則所述，你有權查閱及修正所提供的個人資料。
- 任何與收集的個人資料有關之查詢，包括要求查閱和修正資料，請以書面提交：香港麥當勞道2號聖約翰大廈4樓406室 香港聖約翰救護隊(牙科總區)。