

九龍婦女福利會
李炳紀念學校通告

2324 家字第14號

有關「參加牙科保健計劃及學生健康服務計劃」事宜

敬啟者：查2023 -2024年度學童牙科保健計劃及學生健康服務，現已開始接受申請。衛生署採用合併參加表格，家長只填寫一份表格，便可參加兩項服務。在牙科保健計劃下，牙科治療員或見習牙科治療員或牙科醫生將會提供一般性之牙科醫療服務，包括全面檢驗牙齒、補牙、清潔牙齒及脫牙(如屬必要)等，詳情請閱衛生署函件。

此項保健服務為期於一年內，各參與學生可獲專用巴士接送服務到牙科診所檢查。牙科保健費每年每位港幣三十六元正(\$36)。

學生健康服務的宗旨，主要是促進及維持學生的身心健康。此項服務是根據學童在不同成長階段的需要而提供促進健康、預防疾病的免費綜合服務，範圍包括視力和聽力的綜合甄別、體格檢查、健康評估、個別輔導及健康教育。

貴子女登記後會被安排到指定學生健康服務中心接受健康普查。本校選定中心，是位於九龍灣啟仁街 9 號九龍灣健康中心 7 樓的九龍灣學生健康服務中心。中心會在適當時間將準確的檢查日期及時間透過學校通知 閣下。

凡本校一至六年級學生，均可參加，如欲 貴子弟參加者，請填妥電子回條，並填寫申請表及繳交參加費用，以憑辦理。

此致

貴家長

校長：_____
(電子通告，不用簽署)

二零二三年九月一日

【有關「參加牙科保健計劃及學生健康服務計劃」】回條

敬覆者：本人知悉貴校有關 2324家字第14號通告詳情，本人

* 同意 / 不同意____年級____班學生_____參加2023-2024年度學童牙科保健計劃及繳交港幣三十六元正(\$36)。

* 同意 / 不同意____年級____班學生_____參加2023-2024年度學生健康服務計劃(免費)。

此覆

九龍婦女福利會

李炳紀念學校林校長

____年級 ____班學生：_____

家長簽署：_____

二零二三年九月____日

註：(1) 請在適當的□內加上“✓”號