

請在空格內填上✓號。 \*請刪去不適用者。

課程資料	
課程名稱：_____	費用：_____ 支票號碼：_____
課程名稱：_____	費用：_____ 支票號碼：_____
課程名稱：_____	費用：_____ 支票號碼：_____
學童資料	
姓名：(中) _____ (英) _____	年齡：_____
性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期：_____年 _____月 _____日 會員編號(如適用)：_____
就讀中心/學校名稱：_____	級別：_____ (全日/上午/下午*)
特殊學習需要 (如適用)： <input type="checkbox"/> 智障 (輕度 / 中度 / 嚴重*) <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 過度活躍 <input type="checkbox"/> 視障 <input type="checkbox"/> 聽障 <input type="checkbox"/> 言語障礙 <input type="checkbox"/> 肢體殘障/痙攣 <input type="checkbox"/> 其他 (請註明：_____)	
家長資料	
家長姓名：(中) _____ (英) _____	
性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	職業：_____
聯絡電話：(手提) _____	(住宅) _____
通訊地址：_____	
電郵地址：_____	

閣下從何得知本中心的活動和服務資訊？：  
學校 網頁 報刊 朋友  
Facebook 宣傳單張  
其他(請註明：\_\_\_\_\_)

本人同意靈實恩光成長中心使用我的個人資料 (包括姓名、電話、通訊地址、電郵地址)，以便日後作通訊、處理服務申請、研究分析、籌款，及活動邀請/推廣用途。#

本人已閱悉報名指引及須知。 家長簽署：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

# 以上收集的個人資料只會用作與提供服務有關之用途。如不欲收取任何有關本中心的資訊，請致電或以電郵通知本中心職員。

### 1. 遞交報名

- 填妥報名表，連同劃線支票寄回本中心辦事處(地址：九龍將軍澳安達臣道 301 號)。
- 信封面請註明「靈實恩光成長中心 (銅鑼灣)」收。
- 支票抬頭請註明「基督教靈實協會」，並在背面寫上參加者姓名、聯絡電話及活動名稱。若參加多於一項活動，請每項活動以獨立支票付款。
- 報讀治療小組課程費用按期繳交，每 4 堂為一期。參加者須於每期最後一節繳交下一期費用。
- 報名日期以郵戳為準。
- 本中心收到報名表後，本中心職員將聯絡家長確認報名。

### 2. 更改/取消活動

- 若本中心因特殊理由將活動延期或取消，致參加者未能出席，本中心將安排退款。
- 若參加者自行選擇取消報名或退出活動，已繳交之費用恕不退回。

### 3. 惡劣天氣安排

- 若天文台在課堂前三小時懸掛三號或以上風球，或黃色、紅色、黑色暴雨警告訊號時，則該日課堂便會延期或取消。
- 若天文台懸掛一號風球，課堂將照常舉行。
- 凡於活動開始前三小時，天文台已取消三號或以上風球，或黃色、紅色、黑色暴雨警告訊號，課堂將如期進行。
- 若因天氣影響課堂，本中心將盡量安排補課，若參加者未能出席補課，中心恕不安排退款。若因未能安排補課而致課堂取消，本中心將按比例退回該節款項予參加者。

### 4. 缺課安排

- 若參加者因病或私人理由缺席個別訓練，本中心會酌情安排補課，但每名參加者每月只有一次請假及補課機會。請事假者須在兩個工作天前通知本中心；請病假者須在課堂開始前通知本中心，並在復課時提交醫生證明。無故缺席者將不獲安排補課。
- **所有興趣小組或治療性小組課程，若因病或事請假將不會退款或安排補課。**
- 若學童有發燒或傳染病徵狀，本中心會勸喻家長帶學童離開，以免傳染其他學童，敬請家長體諒及作出配合。學童若因此缺席課堂，會當作因病缺席論。

### 5. 退款安排

- 所有退款，請參加者於接獲通知後一個月內，在指定時間到本中心取回，逾期不取者將作奉獻處理，恕不另行通知。

### 6. 其他事項

- 課堂進行期間，除導師許可，請勿錄音、錄影或拍照。
- 本中心保留更改活動及退款決定之權利。