



慈濟多倫多人文學校

TZU CHI ACADEMY FOR THE HUMANITIES IN TORONTO

上課地點 School address : Sir John A. MacDonald Collegiate Institute

2300 Pharmacy Ave., Scarborough, ON. M1W 1H8 Tel: 647-888-2889 (週日專線/School hours only)

Office Tel: 416-886-8886 Office: 171 Delhi Ave, Toronto, ON M3H 1A7

Website: http://www.tzuchieast.ca

2019 年暑期班註冊報名表 Summer Camp Registration Form

| | | | | | |
|---|--|---------------------|---|--|--|
| 上課日期 Date & Time | 8月12日-8月23日(2週) 9:00 - 15:30 | 上課地點 Location | 慈濟多倫多支會靜思堂 | 上課內容 Content | 上午: 中文課 下午: 傳統文化課 |
| 由家長填寫 Parent use only | <input type="checkbox"/> 新生 new student 備註: 一個學生填寫一份表, 請勿多個學生共填寫一份表 <input type="checkbox"/> 在校學生 existing student * 原班級 last year grade: _____ 年 在校學生各項個人信息無更新, 除本表❖內容必須填寫外, 其餘信息可免填寫, 若有更新請在以下相應欄填寫。 <input type="checkbox"/> 需更新 Update <input type="checkbox"/> 不需更新 No Update 在校學生家長/監護人簽字 Parent/Guardian 's Signature: _____ 簽字日期 Date: ____ / ____ / ____ | | | | |
| ❖學生姓名 Chinese Name | | | ❖英文名字 English Name | | |
| ❖出生日期 Date of Birth | 年(Y) | 月(M) | 日(D) | 性別 Gender | <input type="checkbox"/> 男 M <input type="checkbox"/> 女 F 學生健康卡 OHIP NO. |
| 住家電話 Home Tel. No. | () - | 手機號碼 Cell Number | | () - | |
| 地 址 Address | Street / no. : City: | | | Apt. Postal Code : | |
| 家長姓名 Parent Name | | | 家長電郵 Parent email | | |
| ❖本校就讀的 兄弟姊妹 Siblings | 姓名 Name: | | 班級 Grade: | | |
| | 姓名 Name: | | 班級 Grade: | | |
| | 姓名 Name: | | 班級 Grade: | | |
| | 姓名 Name: | | 班級 Grade: | | |
| 家庭語言(多選) Home Language | <input type="checkbox"/> 國語 Mandarin-繁體 Traditional Chinese <input type="checkbox"/> 英文 English <input type="checkbox"/> 粵語 Cantonese <input type="checkbox"/> 台語 Taiwanese <input type="checkbox"/> 普通話 Mandarin-簡體 Simplified Chinese <input type="checkbox"/> 其他 Other (請註明 Please specify): | | | | |
| 是否學過中文 Studied Chinese | <input type="checkbox"/> 是 Yes; 學過 of years studied ____ 年 <input type="checkbox"/> 否 No | | 需要特別輔導 Special Assistance | <input type="checkbox"/> 是 Yes 原因 Reason: <input type="checkbox"/> 否 No | |
| 報名來源(多選) How do you hear about Tzu Chi | <input type="checkbox"/> 學生或家長介紹 Referral from students/parents <input type="checkbox"/> 其它朋友介紹 Other referral <input type="checkbox"/> 在校學生升級 Upgrade <input type="checkbox"/> 慈濟師兄姐子女或親屬 Family/Relatives of Tzu-Chi members <input type="checkbox"/> 網路搜索到 Web search <input type="checkbox"/> 教職員子女或親屬 Family/Relatives of Tzu-Chi Academy staffs <input type="checkbox"/> 看到傳單或招生海報 flyer/poster | | | | |
| 費用 Fee | <input type="checkbox"/> \$350/2weeks <input type="checkbox"/> 同一家庭之第三位/3rd child \$330/2weeks | | <input type="checkbox"/> \$200/week; __M/__D - __M/__D <input type="checkbox"/> 同一家庭之第三位/3rd child \$190/week | | |
| | 延長時間 Extended Time <input type="checkbox"/> 16:00-17:00 \$10/hour; <input type="checkbox"/> 17:00-18:00 \$10/hour; 共 \$ _____ | | 支票抬頭請開立 Cheque payable to: B. T. C. A. F. T. H 請註明學生姓名和班級 Please indicate student name & class. 請勿開立遠期支票 Postdated check is not accepted. | | |
| 制服 Uniform | 新生務必請購和穿着慈濟校服 Please purchase and wear Tzu Chi uniform: 夏裝 Summer \$15.00 制服請與學費分開支付 Payment for uniform needs to be separated from tuition fee. | | | | |
| 以下均校方填寫 Office use only | 報名編號 Registration No. | | 測試後班別 Grade After Test | | |
| 學費 Tuition fee | <input type="checkbox"/> 現金 Cash\$ _____ <input type="checkbox"/> 支票 Cheque\$ _____ 支票號 CHQ # _____ 支票生效日期: ____ / ____ / ____ (Y/M/D 不遲于繳費當日) | | | 註冊組 收費日期: Y/ M/ D 收款人 Signature: | |



慈濟多倫多人文學校

TZU CHI ACADEMY FOR THE HUMANITIES IN TORONTO

上課地點 School address : Sir John A. MacDonald Collegiate Institute

2300 Pharmacy Ave., Scarborough, ON. M1W 1H8 Tel: 647-888-2889 (週日專線/School hours only)

Office Tel: 416-886-8886 Office: 171 Delhi Ave, Toronto, ON M3H 1A7

Website: http://www.tzuchieast.ca/index.php/tzu-chi-academy/toronto_academy

家長授權同意書 Parent Consent and Authorization

學生中/英文姓名 Student Chinese/ English Name : _____/_____

一. 照片影像刊登同意書 Photo/Video Publishing Agreement

慈濟多倫多人文學校網頁將有機會刊登貴子女作品以及照片和影像。

I grant and release to Tzu Chi Academy the right to use photographs and videos as well school works in which my child(ren) appears for use in the academy's home page or any other publications.

同意 Agree 僅同意團體照 Agree with group pictures only 不同意 Disagree

二. 就醫授權書 Emergency Information & Authorization for Treatment

若發生意外事故並且慈濟人文學校無法聯絡到您，本校將聯絡您在下表填寫之緊急聯絡人來代為授權處理，關照並負責您的小孩就醫。若下表資料發生變更，請立即通知校方。萬一意外事故發生時，學校聯絡不到您和您授權的緊急聯絡人，您同意慈濟人文學校替學生採取緊急就醫措施。

When you cannot be reached upon an emergency, Tzu Chi Academy will contact your Emergency Contact listed below and let him/her take care of your child and seek medical care. You must notify us as soon as possible of any changes to the contact information below. In the event of an emergency, you hereby authorize Tzu Chi Academy to seek medical/emergency care if you and the emergency contact listed below cannot be reached.

家庭醫生 Family Doctor _____ 聯絡電話 Phone No. (_____) _____ - _____

緊急聯絡人 Emergency contact person _____ 聯絡電話 Phone No. (_____) _____ - _____

• 是否對任何藥物過敏 Allergic to any medication: 無 No 有 Yes _____

• 是否對任何食物過敏 Allergic to any foods: 無 No 有 Yes _____

如需使用 Epi-pen，請務必每次上課前交給老師: 無 No 有 Yes

If Epi-pen is needed, you must provide it to the teacher before the class starts

• 是否有健康問題 (如氣喘、心臟病等): 無 No 有 Yes _____

Any health condition that we need to be aware of (i.e. asthma, heart problem, etc.)

家長/監護人簽字 Parent/Guardian's Signature:

簽字日期 Date:

_____ 年(Y) _____ 月(M) _____ 日(D)