

敬啟者：

家長教師會將於二零零八年五月十七日，下午 3:00—5:00 安排專車前往金鐘賽馬會藥物資訊天地參觀。而是次活動亦得該中心提供導賞服務，讓家長能對藥物種類及其禍害有更加透徹認識。是日晚上，本會將會在學校舉行燒烤晚會，歡迎家長踴躍參加。

| | |
|--|---|
| 參觀活動一日期：二零零八年五月十七日 集合時間：下午二時正 集合地點：本校停車場 參加人數：卅人(只限家長參加) 費用：全免 | 燒烤活動一日期：二零零八年五月十七日 集合時間：下午六時正 活動地點：本校停車場 費用：首三位參加費用\$20，第四位開始則每位收費\$50 |
|--|---|

各家長如欲參加是次活動，請填妥以下回條，連同所需費用，於五月五日前交回班主任轉交本會(支票抬頭請註明『聖伯多祿中學家長教師會』)。

此致

貴家長

聖伯多祿中學家長教師會主席 吳玉鳳

二〇〇八年四月卅日



回 條

逕覆者：頃接 貴會四月卅日有關「參觀金鐘賽馬會藥物資訊天地及燒烤活動」之來函，本人

將會 / 不會 參加是次參觀活動。參加人數：_____人

將會 / 不會 參加是次燒烤活動。參加人數：_____人及費用_____元正

此覆

聖伯多祿中學家長教師會主席

家長：

二〇〇八年 月 日

(學生姓名： _____ 班別： _____)