

**Year 7 & 8 'Week Without Walls' trip - Pak Lap Wan**

Sept 8<sup>th</sup> 2017

Dear Parent/Guardian,

The 2017, Years 7& 8, 'Week Without Walls' camp is outlined below. Students will participate in an outdoor education program in the beautiful location of **Pak Lap Wan, in the Sai Kung East Country Park, Hong Kong**. Through engaging in various outdoor activities, students will develop their leadership, teamwork and communication skills, as well as create new and lasting memories!

**Dates:** October 23<sup>rd</sup> – 27<sup>th</sup> 2017

**Company:** China New Horizons

**Location:** Pak Lap Wan

**Activities:** kayaking/hiking/cooking/camping/team challenges/abseiling/coasteering

**Cost:** There will be no charge for this trip

**Please ensure that your child has all the documentation needed to go into Hong Kong.**

Please sign and return the permission slip attached by **Monday, September 18<sup>th</sup>**. More details and information will follow, including a packing list and detailed transport arrangements.

If you have any queries, please do not hesitate to contact Ms. Kuhn ([mkuhn@uiszc.org](mailto:mkuhn@uiszc.org)) or Mr Power ([jpower@uiszc.org](mailto:jpower@uiszc.org)).

Yours Truly,



Leslie Spinelli

**Director of China New Horizons**

[lspinelli@uiszc.org](mailto:lspinelli@uiszc.org)

I, \_\_\_\_\_, as parent or guardian of \_\_\_\_\_, give permission for my child to attend the Years 7& 8 'Week Without Walls' (WWW) camp from October 23<sup>rd</sup>–27<sup>th</sup> 2017.

I understand that in every camp organised by Utahloy International School Zengcheng safety is of the foremost concern. I understand that participation in adventurous activities involves a certain degree of risk. I understand that risk is involved and give consent for my child to participate in these activities. I also understand that participation in these activities is entirely voluntary and requires participants to abide by specific rules and standards of conduct.

In case of an emergency involving my child, I understand every effort will be made to contact me. In the event I cannot be reached, I hereby give my permission to the medical provider selected by the adult leader in charge to initiate necessary treatment, including hospitalisation, anaesthesia, surgery, or injections of medication for my child. Medical providers are authorised to disclose to the adult in charge examination findings, test results and treatment provided for purposes of medical evaluation of the participant, follow-up and communication with the participant's parents or guardian and/or determination of the participant's ability to continue with the scheduled activities.

I also give permission to UISZ to purchase travel insurance for my child for the duration of the WWW camp.

Parent/guardian printed name: \_\_\_\_\_

Parent/guardian signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Student's name as printed on passport/ID card: \_\_\_\_\_

Student's passport/ID card number: \_\_\_\_\_

No structured lessons will be given during this week. However, students of parents who do not wish their child to attend 'Week Without Walls' will be expected attend school and work in the library under supervision. Not attending the camp programme or supervised study time will be recorded as an absence.

My child **will not** be attending 'Week Without Walls' this school year and will instead work and study in the library under supervision.

Parent/guardian signature : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## 7, 8 年级“无墙周”中学部师生露营活动—白腊湾

尊敬的家长/监护人,

你们好! 今年我校将组织 7,8 年级的学生到美丽的香港西贡东郊野公园参加“无墙周“的户外教育活动。在这次露营活动中, 我们为学生们安排了一系列的户外活动, 从而培养学生们的领导能力, 团队合作能力以及沟通技巧。但是最重要的是玩得开心!

活动的日期: 2017 年 10 月 23 日-10 月 27 日

合作公司: 中国新视野

活动地点: 白腊湾

活动: 独木舟/徒步旅行/烹饪/扎营/团队建设挑战活动/游绳下降/海岸活动

费用: 本次旅行学校将不会向学生收取任何费用

请您务必提前准备好您孩子前往香港的有效签证等证件。

请您确保在 9 月 18 日之前把随信的家长允许信填写完整交到学校的学生管理小组老师处, 此次露营活动学生的打包清单和交通安排将在之后的信件中与家长作出更详尽的沟通。如果您对以上有任何的疑问, 请尽快和学生小组管理老师 Ms. Kuhn ([mkuhn@uiszc.org](mailto:mkuhn@uiszc.org))或是 Mr. Power([ipower@uiszc.org](mailto:ipower@uiszc.org)) 联系。

您真城的,



Leslie Spinelli 女士  
中国新视野总负责老师  
中国新视野部门  
[Lspinelli@uiszc.org](mailto:Lspinelli@uiszc.org)  
2017 年 9 月 8 日

我, \_\_\_\_\_, 作为 \_\_\_\_\_ 的家长/监护人, 允许我的孩子参加学校组织的 7, 8 年级从 2017 年 10 月 23 日到 10 月 27 日组织的“无墙周”露营活动。

我明白: 增城誉德莱国际学校所组织的每一次露营活动, 都是把安全放在首位的。我已经了解到在本次的露营活动中, 我的孩子将会参加一些冒险活动。我明白这些活动都会存在一定的风险。我经过深思熟虑后, 我同意我的孩子参加本次的露营活动。我也明白参加这次活动是完全出于自愿的, 并且必须遵守相应的活动规则和学校的行为规范。

在发生涉及到我孩子的紧急情况下, 我明白贵校将会竭尽全力联系我本人。在我无法被联系到的情况下, 我在此授权此次活动的校方主要负责老师选择相应的医疗机构给予我的孩子进行妥善及时的医疗救治服务(其中包括住院治疗, 麻醉, 手术或注射药物来治疗我的孩子。为了更好地了解和跟踪受伤孩子的治疗状况, 并且更好地与学生家长及监护人进行及时的沟通和情况汇报, 医疗机构有权向此次活动的主要负责老师沟通受伤孩子的医疗伤势和检查结果以及治疗方案, 以便让这次活动的负责人决定是否让这位学生继续参与后续的路营活动。

在此, 我授权并且允许增城誉德莱国际学校就此次的路营活动为我的孩子购买旅行保险。

家长/监护人正楷签名: \_\_\_\_\_

家长/监护人签名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

学生与护照/身份证一致的姓名: \_\_\_\_\_

学生的证件号码/身份证号码: \_\_\_\_\_

在“无墙周”露营活动期间, 学校将不会正式上课。但是, 如果家长不希望孩子参加本次的路营活动, 该名学生的还是需要回到学校, 在相关科任老师的指导下在图书馆自习。如果学生既不参加露营活动也不回到学校自习, 该名学生的将会被记作旷课处理。

我的孩子将不会参加今年的“无墙周”露营活动, 他/她将会在校的图书馆自习。

家长/监护人签名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

2017년 9월 8일

존경하는 학부모/보호자님께

안녕하세요,

이번 학년도 7&8학년 장벽 허물기 여행에 대해 안내해 드리겠습니다.

우리 학교에서는 현장체험학습을 **홍콩 사이공에 위치한 아름다운 박랩완 해변**으로 갈 예정입니다.

학생들은 이 도전적인 활동을 통해서 그들의 리더십과 팀워크, 의사소통능력을 발전시킬 수 있을 것이며, 무엇보다 학생들에게 큰 재미를 선사할 것입니다.

**날짜 : 10월 23일~ 27일**

**회사명: China New Horizons**

**장소: 홍콩 박랩완**

**활동내용: 카약여행/하이킹/요리/캠핑/도전 팀 과제 /레펠/코스티어링**

**비용: 무료로 진행할 예정**

귀댁의 자녀가 홍콩입국시 필요한 모든 서류를 가지고 있는지 확인해주시기 바랍니다. 이 여행의 참석을 원하시면 첨부된 동의서에 서명 후 9월 18일 월요일까지 보내 주시기 바랍니다.

여행 준비물, 차량 배치 정보는 추후 공지하겠습니다.

궁금하신 사항이 있으시면 각 반 담임 선생님 또는 차이나 뉴호리즌(CNH)선생님께 언제든지 연락 주시기 바랍니다.  
감사합니다.



Ms. Leslie Spinelli

**Director of China New Horizons**

**China New Horizons Programme**

[lspinelli@uiszc.org](mailto:lspinelli@uiszc.org)



나 \_\_\_\_\_는 학생 \_\_\_\_\_의 부모/보호자로서 2017년 10월 23일 ~27일 까지 7&8학년 체험 학습 여행에 참여하는 것을 동의합니다.

정청유타로이국제학교는 학교에서 진행되는 캠프의 안전을 최우선으로 생각하고 있다는 것을 인정하며 참여자가 모험 활동 중 위험한 상황이 발생 할 수도 있음을 이해하였습니다.

위험한 상황이 있을 수 있다는 것을 주의 깊게 숙지하였으며, 내 아이가 모험활동에 참여하는 것을 허락합니다. 참여자가 자발적으로 모험활동에 참여하여 해당 규칙과 행동의 기준에 따라 활동해야 할 것을 이해하였습니다.

학생에게 위급한 상황이 있을 시 부모에게 연락하는 것에 동의합니다. 만약, 부재시 의사가 아이에게 필요한 약, 입원, 마취, 수술, 주사를 포함하여 적절한 치료를 할 수 있도록 결정 권한을 담당 선생님께 위임합니다.

의사는 진찰내용, 진료 결과를 성인에게 공개 할 것이며 치료는 참가자의 진료 결과와 부모/보호자와의 의사소통을 통해 진행되며, 학생의 상태에 따라 프로그램 활동 참여 유무를 결정할 것입니다

프로그램을 진행하는 동안 UISZC에서 여행자 보험에 가입하는 것에 동의합니다.

학부모/보호자 성명: \_\_\_\_\_

학부모/보호자 서명: \_\_\_\_\_ 날짜: : \_\_\_\_\_

여권상의 학생 이름: \_\_\_\_\_

학생 여권번호/ 주민번호 \_\_\_\_\_

해당 주간에는 공식적으로 수업은 없습니다. 그러나 이 수학여행에 자녀가 참석하기를 원하지 않는 부모님의 학생들은 담당 교사의 감독 하에 학교 도서관에서 적절한 과제를 부여 받게 됩니다. 수학여행에 빠진다고 결석 처리되는 것은 아닙니다.

내 자녀가 수학여행에 참여하지 않는 대신 감독 하에 학교 도서관에서 적절한 과제를 하는 것에 대해 동의합니다.

부모/보호자 서명: \_\_\_\_\_

날짜 : \_\_\_\_\_