

小石城华人基督教会主日中文学校  
2013 秋季班

2013 年小石城华人基督教会主日中文学校秋季班将于 8 月 18 日开始，报名从现在开始，小班 5~7 岁，大班 7 岁以上，每班 15 人，报满名额为止。

学习内容：拼音及识字，成语故事，儿童赞美歌曲，圣经故事。

学费：\$0.00

杂费：\$10.00

上课时间：周日 9:45am-11:30am.

上课地点：600 Pleasant Valley Drive, Little Rock, AR 72227,  
(Inside Second Presbyterian Church)

因中文学校是教会的儿童事工，我们将优先考虑本教会的基督徒家庭及有心慕道的朋友（即愿意参加我们周日的成人敬拜，愿意听道一起追求圣经真理的朋友）。

另外，因为中文学校没有拥有合法执照的校医/护士，我们要求每个学生至少有一位家长在上课期间不要离开教会，以应对孩子的突发需要。欢迎家长在此期间，一起参加我们的主日敬拜。今年我们将严格执行这一规定，如果你有困难在小孩上课期间留在教会，请暂不要报名。

请填写报名表及 MEDICAL RELEASE FORM，并寄给联系人。

联系人：郑俊英 501-2189386, zjunying78@hotmail.com



## 小石城华人基督教会 主日中文学校规定 (POLICY)

1. 因为教会中文学校 没有具有合法执照的校医及护士， 我们要求每个学生至少有一位家长在上课期间不要离开教会， 以应对孩子的突发需要。 欢迎家长在此期间， 一起参加小石城华人基督教会的主日敬拜。
2. 学校将分为两个班， 7岁以上为大班（包含7岁）， 7岁以下为小班。
3. 因为学生年龄较小及教会同工有限， 我们将安排每周大小班分别有2位家长帮助老师摆桌椅， 维持课堂秩序及照看学生安全。
4. 我们感谢第二长老会给我们提供教室。 因为我们使用是PRE SCHOOL 的教室， 学校要求上完课后， 请家长帮助老师一起将教室摆设还原。
5. 务必请家长和孩子在走廊保持安静， 小孩不要乱跑。
6. 每次上课， 请家长将孩子送到教室并签到。 下课后请家长亲自接走孩并签名. 如学生确有原因不能上课， 请家长提前向老师请假。
7. 请家长及时查看 EMAIL。 老师将把每次课的教学目的， 内容， 及作业即时发出， 便于家长辅助学生。 另外有些辅助材料将以 EMAIL 形式寄出， 请家长即时打印， 帮助教学使用。
8. 请家长及时查看 EMAIL。 老师将把每次课的教学目的， 内容， 及作业即时发出， 便于家长辅助学生。 另外有些辅助材料将以 EMAIL 形式寄出， 请家长即时打印， 帮助教学使用。
9. 中文学校每个月底在教会敬拜时献歌， 请家长协助。
10. **Medical & Liability Release Form for LRCCC Sunday Chinese School.** 请各位家长仔细阅读并填好签名。

联系人: 郑俊英 [zjunying78@hotmail.com](mailto:zjunying78@hotmail.com), TEL: 501-2189386

小石城華人基督教會 主日中文學校  
報名表

2013 Fall Registration Form

學生 (Student)

姓名 (Chinese Name)	姓名 (English Name)	性別 (Sex)	年齡 (Age)	年級 (Grade)	中文程度 (Chinese level)

個人資料 (Contact Information)

家庭住址 (Address)	
電話號碼 (Phone Number)	
電子郵件 (Email)	
Father's name	
Mother's name	

學費：\$ 0.00； 雜費：\$10.00

上課時間：周日 9:45am-11:30am； 地點：600 Pleasant Valley Drive, Little Rock, AR 72227,  
Chapel of Second Presbyterian Church. 聯繫人：鄭俊英, (501-218-9386,  
[zjunying78@hotmail.com](mailto:zjunying78@hotmail.com))

我願意遵守以上中文學校規定：

家長簽名： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_

**Medical & Liability Release Form for LRCCC Sunday Chinese School (LRCCC-SCS)  
Events from 08-18-2013 to 05-25-2014**

**Student Information**

Name (Chinese) \_\_\_\_\_ Name  
(English) \_\_\_\_\_  
Home Address \_\_\_\_\_ City/State \_\_\_\_\_ Zip  
\_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Birth date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Gender \_\_\_\_\_  
Grade (Fall 2013) \_\_\_\_\_ School \_\_\_\_\_

**Student Health History Information**

Check All That Apply (and provide details)

	Allergies		Other Conditions
<input type="checkbox"/> Insect Bites	_____	<input type="checkbox"/> Heart Condition	_____
<input type="checkbox"/> Medications	_____	<input type="checkbox"/> Chronic Asthma	_____
<input type="checkbox"/> Hay Fever	_____	<input type="checkbox"/> Epilepsy	_____
<input type="checkbox"/> Food	_____	<input type="checkbox"/> Diabetes	_____
<input type="checkbox"/> Other	_____	<input type="checkbox"/> Other	_____

**Parent/Guardian Information**

Parent/Guardian 1 Name \_\_\_\_\_  
Cell Phone# (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Email Address \_\_\_\_\_  
Parent/Guardian 2 Name \_\_\_\_\_  
Cell Phone# (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Email Address \_\_\_\_\_  
Cell Phone Company \_\_\_\_\_ Home Phone # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
I prefer to be contacted by: Phone Email  
In case of emergency Contact: Name \_\_\_\_\_  
Phone # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

**Health Insurance Information:**

Do you have health insurance coverage for the student? YES NO (if no, skip this section)  
Insurance Company Name \_\_\_\_\_ Insurance Phone# (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Policy Number \_\_\_\_\_ Name on Insurance Policy \_\_\_\_\_

**Parent or Guardian Signature required below!**

*Release of Medical Liability*

Every activity sponsored by LRCCC-SCS is carefully planned and supervised by mature adults. However, even with the best of planning and precaution, unforeseen events can happen. Knowing this, I give permission for my child to participate in the class activity sponsored by LRCCC-SCS. I agree to assume and accept all risks and hazards inherent in LRCCC-SCS related school activities. I give my consent to allow my child to participate in all the class activities. I hereby release LRCCC-SCS, its teachers from any liability for injury that my child may sustain during activities. In case of illness or injury, and in the event I am unable to respond, I authorize LRCCC-SCS members or volunteers to allow emergency medical treatment or surgery by a licensed physician or hospital. I understand that I am signing for the minor listed on this form and in my own capacity as parent or legal guardian and the signature is for medical, liability, information release.

**家长签名** : Signed by \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_