



## ST. LOUIS SCHOOL


Circular No. 259 (23-24)

16<sup>th</sup> May, 2024

Dear Parents/Guardians,

### **Re: Mindshift Educational Networking Programme – Art Therapy Workshop (Rescheduled)**

Please be informed that the art therapy workshop on 4 May, 2024 (Saturday) has been rescheduled to 18 May, 2024 (Saturday) due to the issue of the red rainstorm signal. The details of the **art therapy workshop** are as follows:

Date	18 May, 2024 (Saturday)
Time	4:00 p.m. – 6:00 p.m.
Venue	Hong Kong Sze Yap Commercial and Industrial Association Wong Tai Shan Memorial College (250 Nam Cheong St., Shek Kip Mei) 
Gathering time	3:40 p.m.
Gathering place	Hang Seng Bank ATM, Exit C, Shek Kip Mei Station
Dismissal time	6:00 p.m.
Dismissal place	Hong Kong Sze Yap Commercial and Industrial Association Wong Tai Shan Memorial College
Content	Mindshifters will be introduced to art therapy and will collaborate with students from other schools to create a piece of artwork.
Attire	Casual wear
Escorting teacher	Ms Jim Man Yan

Please kindly acknowledge receipt of this e-notice and give your consent by 18 May 2024 (Saturday). For enquiries, please contact the Guidance Mistress, Ms Ng Kar Wai Vivien at 2546 0117.

Thank you for your kind attention.

Ms NG Kar Wai Vivien  
for Principal



聖類斯中學  
通告第 259 號 (23-24)

各位家長/監護人：

因天文台於 5 月 4 日發出紅色暴雨警告，該天原訂的藝術工作坊現改期於本週六 5 月 18 日舉行。詳情如下：

日期	2024 年 5 月 18 日(星期六)
時間	下午 4 時至 6 時
地點	香港四邑商工總會黃棣珊紀念中學(九龍石硤尾南昌街 250 號) 
集合時間	下午 3 時 40 分
集合地點	石硤尾地鐵站 C 出口恒生銀行自動櫃員機
解散時間	下午 6 時
解散地點	香港四邑商工總會黃棣珊紀念中學
活動內容	思動大使將體驗藝術治療及與其他學校的學生共同創作一幅畫作。
服飾	便服
同行老師	詹文茵老師

請知悉以上活動安排並於 2024 年 5 月 18 日(星期六)或之前簽回電子通告。如有任何疑問，請致電 2546 0117 與輔導主任吳家慧老師聯絡。

此致  
各位家長/監護人

校長  
易浩權博士  
(吳家慧老師代行)

二零二四年五月十六日

-----✂-----✂-----✂-----  
**Reply Slip**

Circular No. 259 (23-24)

**Re: Mindshift Educational Networking Programme –  
Art Therapy Workshop (Rescheduled)**

Dear Principal,

As the parent / guardian of \_\_\_\_\_ (Class: \_\_\_\_\_ No.: \_\_\_\_\_), I **\*allow**  
**/ do not allow** my son / charge to participate in the Art Therapy Workshop.

Signature of Parent/Guardian : \_\_\_\_\_

Name of Parent/Guardian : \_\_\_\_\_

Emergency Contact Number : \_\_\_\_\_

Student's Mobile Number : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

\* Please delete as appropriate.

-----✂-----✂-----✂-----  
回 條

通告第 259 號 (23-24)

**思動計劃 - 藝術治療體驗工作坊 (改期)**

易校長：

本人為學生 \_\_\_\_\_ (班別 \_\_\_\_\_ 學號 \_\_\_\_\_) 的家長/監護人，現知  
悉有關活動。本人**\*同意/不同意** 敝子弟出席。

家長 / 監護人簽名 : \_\_\_\_\_

家長 / 監護人姓名 : \_\_\_\_\_

家長 / 監護人聯絡電話 : \_\_\_\_\_

學生聯絡電話 : \_\_\_\_\_

日 期 : \_\_\_\_\_