

佛立門文教中心三好兒童快樂學園招生簡章



做好事 說好話 存好心



- 一、教學特色：**
1. 維護兒童人格的尊嚴。
 2. 養成兒童感恩的美德。
 3. 培養兒童認錯的習慣。
 4. 化育兒童接受的性格。
 5. 重視兒童待人的禮貌。
 6. 教導兒童正常的生活。
 7. 堅定兒童心中的信仰。
 8. 增長兒童處世的善緣。
 9. 培養兒童的慈悲胸懷。
 10. 培養兒童的忍耐力量。
 11. 培養兒童的服務精神。
 12. 培養兒童行善的美德。

二、課程：中文、音樂、體育、靜坐、兒童瑜珈、扯鈴、書藝、佛學故事等寓言影片。

三、班級：慈悲(3-4歲)、智慧(5-6歲)、菩提(7-10歲)、培訓(11-12歲)。

四、上課日期：9月8至12月15日。每周日上午10:00 am - 12:00pm。

五、費用：US \$100

地址 Decoto Road, Fremont, CA94555

聯絡電話 510-818-0077 **傳真** 510-818-0665

網址 www.ibpsfremont.org

佛立門文教中心三好兒童快樂學園報名表

ABCS Children's Class Registration Form

| | | |
|---|---|--|
| 姓名/Name: 中文 English | 出生日期: / / / Date of Birth: mm/ dd/ yyyy | 年齡: Age: |
| 地址 Address: | 使用語言 Language: <input type="checkbox"/> 英文 English <input type="checkbox"/> 普通話 Mandarin <input type="checkbox"/> 粵語 Cantonese <input type="checkbox"/> 其他 Others | 性別 Gender: <input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female |
| 家長姓名 Parent's Name: | 電話 Phone: Email: | <input type="checkbox"/> 新生 (New Student) <input type="checkbox"/> 舊生 (Current Student) |
| 兒童健康狀況 Health Conditions: <input type="checkbox"/> 一切良好 Fine <input type="checkbox"/> 哮喘 Asthma <input type="checkbox"/> 過敏 Allergies, 請註明 Please specify _____ <input type="checkbox"/> 其他 Others, 請註明 Please specify _____ | | |
| 參加緣由 How do you know about this: <input type="checkbox"/> 媒體 Social Media <input type="checkbox"/> 朋友介紹 Friends <input type="checkbox"/> 簡章 Posters <input type="checkbox"/> 其他 Others, 請註明 Please specify _____ | | |
| FOR OFFICE USE ONLY: <input type="checkbox"/> 具結書 Waiver <input type="checkbox"/> 費用 Fee\$ _____ <input type="checkbox"/> Cash <input type="checkbox"/> Check # _____ Date: _____ | | |

三好兒童快樂學園具結書

Authorization for Participation in Children's Class Waiver of Claims

本人同意，於兒童佛學園地上課期間遵守紀律，如有疏忽，發生意外，本人願意負擔一切責任。主辦單位及服務人員不負責擔任任何意外及傷害責任。

I hereby request that (Children Name) _____ be permitted to participate in Children's Dharma Class held by American Buddhist Cultural Society- Fremont (ABCS).

I, (please print your full name) _____, hereby will not hold ABCS, its directors, officers, instructors, staff members, or group leaders responsible for medical aid rendered, and will reimburse ABCS for any and all hospital, medical and other expenses incurred in his/her care. I am hereby waiving all claims against ABCS for injury, accident, illness or death occurring during the scheduled event(s).

父母或監護人簽名 Signature of Parent / Guardian: _____

緊急連絡人 Emergency Contact: _____ 關係 Relationship: _____

電話 Phone: (H) _____ (Cel) _____ 日期 Date: _____

FOR OFFICE USE ONLY: \$ _____ Cash \$ _____ Check no. _____ Date: _____