



2014 年沙沙兰儿童艺术创意工作坊

主办单位：傻傻然艺术协会

协办单位：沙沙兰中华小学董事部

沙沙兰中华小学家教协会

沙沙兰中华小学校友会

主旨：1) 播下艺术的种子，提升年少者的艺术兴趣。

2) 传承和延续艺术的生命。

对象：1) 小学 3 年级至 6 年级学生。（130 位）

2) 初中 1 至 3 年级学生。（70 位）

导师：由专长艺术家指导。

日期：2-12-14 至 6-12-14

时间：9.00am 至 5.00pm

报名截止日期：31-10-14

地点：沙沙兰中华小学

活动内容：创意美术与舞蹈。

膳食：由主办单位统一办理，备有午餐和茶点。

服装：T SHIRT，长裤及校鞋。

交通，住宿：参与者自行安排。

报名费：RM120（膳食费，材料费，证书，保险，T-Shirt）

询问：黎何笑女士 012-2973016 hslai59@gmail.com

吕杜情女士 012-2725606 tcloo-7160@hotmail.com

刘金泰先生 019-6639670 sasakimtai@gmail.com

陈伟杰先生 017-6697758 Weikitk99@live.com

报名：人数有限，即日开始接受报名，先到先得。

参赛办法

1) 即日起可向儿童艺术创意工作坊负责人黎何笑索取报名表格，或
报名表格可以从 www.sasaranarts.org.my 网页下载（可复印）

2) 填妥参加表格连同报名费 RM120 亲身递交或邮寄至“2014 年沙
沙兰儿童艺术创意工作坊”负责人黎何笑（邮寄地址：3, Lorong
Dendang Laut 1, Sasaran, 45800, Jeram, Kuala Selangor）收

3) 填妥参加表格以传真报名，传真机号码：03-32647913

4) 报名费：RM120 以 MONEY ORDER 或 CASHIER ORDER 付
费，抬头请写“Persatuan Kesenian Sasaran Kuala Selangor”。

查询电话：012-2973016 / 03-32647913 （MISS LAI）

报名表格 REGISTRATION FORM

姓名 / Name: (中 / Chinese) _____ (英 / English) _____

性别 / Gender: 男 / Male 女 / Female 身份证号码 / 报生纸号码: _____

出生日期 / Date Of Birth: _____ 年龄 / Age: _____

就读学校 / School: _____ 联络号码 / Contact Number: _____

通讯地址 / Address: _____

_____ T-shirt Size: 小 / 中 / 大

签名 / Signature: _____ 日期 / Date: _____

曾参加过舞蹈训练吗: 有 / 无

紧急联系人 / Emergency Contact

姓名 / Name: (中 / Chinese) _____ (英 / English) _____

联络号码 / Contact Number: _____

关系 / Relationship: _____

家长同意书 / Parents's Agreement

本人 / I, _____ 身份证号码 / I.C. NO: _____

同意让吾儿 / 吾女 agree to let my child(中 / C) _____ (英 / E) _____

以学生的身份参与以下活动 / to participate in the following activities. 吾儿 / 吾女身体健康状况 / my child's healthiness: _____

本人了解主办当局会尽全力照顾学生安全, 并采取安全及防范措施, 但如果万一发生任何意外, 本人将不会采取法律行动起诉任何一方。 / I understand that the school and organizer will try their best to take care of student and to take sufficient precautions. If accidents happened, I will not take any legal actions to any of the parties.

如果万一本人的孩子需要医药治疗, 我授权给主办当局或有关方面进行。 / If my children need medical treatment during the event, I authorise the organiser to apply appropriate treatment.

_____ 家长签名 (parents' signature)

_____ 日期 / Date