

DATE 日期: **17 / 11 / 2024 (Sun)**TIME 時間: Refer to Event Note **請參考活動須知**VENUE: **Pui Ching Middle School Macau (No.7, Avenida de Horta e Costa)**比賽地點: **澳門培正中學 (澳門高士德大馬路 7A 號培正大樓)**

- ✧ Please fill-in the student's name in FULL according to the Student's ID / Handbook for verification purpose. 請填寫清楚以下所有項目，如有任何錯漏，參賽者將會被取消參賽資格。參賽者須按照所就讀學校的學生證/手冊填寫其姓名及認真核對。所有參賽獎項、證書及參賽文件均以此姓名為準，及後一切更改恕不接納。
- ✧ Kindly return the completed form with a copy of the applicant's Student's ID / Handbook (for Grade verification). All payment should be settled at your Eye Level Education Center. 填妥表格後，請連同報名費及參賽者之學校手冊或其他學校證明文件的副本 (證明學生年級) 一併交回 貴子女所就讀之 Eye Level 教育中心辦理報名手續。
- ✧ Deadline of application 截止報名日期: 31 / 10 / 2024 (Thu)

Admission Fee 參賽費用:

*Register on or before 15 Oct 2024 to enjoy \$50 Early Bird Discount 十月十五日或之前報名可享\$50 早鳥優惠

Event Name 活動名稱	Eye Level students 學員報名		Non-Eye Level students 非學員報名	
	Original price 報名費	Earlybird price 早鳥優惠價	Original price 報名費	Earlybird price 早鳥優惠價
Eye Level Math Olympiad 2024 國際數學解難大賽 (G1 - G8)	<input type="checkbox"/> \$200	<input type="checkbox"/> \$150	<input type="checkbox"/> \$300	<input type="checkbox"/> \$250
English Challenge 2024 英語大挑戰 (K2 - P2)	<input type="checkbox"/> \$200	<input type="checkbox"/> \$150	<input type="checkbox"/> \$300	<input type="checkbox"/> \$250
Critical Thinking Math Challenge 2024 數學邏輯思考大挑戰 (K2 - P1)	<input type="checkbox"/> \$200	<input type="checkbox"/> \$150	<input type="checkbox"/> \$300	<input type="checkbox"/> \$250

Student Name: *****請填寫學生全名 Please fill in the student's FULL NAME*****

參賽學生姓名 < ENG 英文 > _____ < CHI 中文 > _____

Address:

地址 _____

Existing Eye Level Students:

現正就讀 Eye Level 學生: (Y 是 / N 否)

Date of Birth:

出生日期 _____ (DD/日) _____ (MM/月) _____ (YYYY/年)

Gender:

性別 Male 男 Female 女

Name of School:

學校名稱 _____

School Grade in Sep, 2024:

2024 年 9 月就讀級別 _____

 I hereby certify that the above information is all correct and understand the relevant rules and regulations.

茲證明以上的資料全部正確，並已清楚明白有關活動須知。

Name of Parent / Guardian:

家長 / 監護人姓名 _____

Contact Number:

聯絡人電話 _____

Parent's / Guardian's Signature:

家長 / 監護人簽署 _____

Date:

日期 _____

For internal use ONLY (職員專用)

Name of Eye Level Education Center / School Eye Level 教育中心名稱 / 學校名稱: