



香港殘疾人奧委會暨傷殘人士體育協會
Hong Kong Paralympic Committee & Sports Association for the Physically Disabled (HKPC&SAPD)
地址：新界沙田美林邨美楓樓 B 座地下 141-148 室
Address: Unit 141-148, G/F, Block B, Mei Fung House, Mei Lam Estate, Shatin, N.T.
電話 Tel.: 2602-7968 傳真 Fax: 2603-0106 電郵 Email: entry@hkparalympic.org
網頁 Website: www.hkparalympic.org

Get Set Go 殘疾人運動體驗營 2019 報名表

參加者資料

姓名： _____ (中文) _____ (英文)
性別： 男 女 出生日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齡： _____
(參加者必須於 2019 年 11 月 1 日年滿 8 歲及不超過 30 歲)
住址： _____
聯絡電話： _____ (住宅) _____ (手提電話)
電郵地址： _____
就讀學校 / 職業： _____ 食物/藥物敏感： 無 有 (請註明： _____)
殘疾類別： 脊髓損傷 小兒麻痺 截肢 痙攣 視障
短肢 肌肉萎縮症 其他 (請註明： _____)
殘疾部位： 右手 左手 右腳 左腳 身軀 大腦
全失明 部份失明
輔助工具： 手杖 電動輪椅 (可過椅 不可過椅) 手動輪椅
其他 (請註明： _____)
慣常用手： 右手 左手 圓領運動衫尺碼： 加細碼 細碼 中碼 大碼 加大碼

陪同者資料 (有照顧需要的參加者可安排最多一位同性及年滿 18 歲的陪同者參與)

陪同者姓名： _____ (中文) _____ (英文) 與參加者關係： _____
性別： 男 女 年齡： _____ 出生日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日
(陪同者必須於 2019 年 11 月 1 日年滿 18 歲)
聯絡電話： _____
圓領運動衫尺碼： 加細碼 細碼 中碼 大碼 加大碼

緊急聯絡人資料 (非陪同者)

聯絡人姓名： _____ 聯絡電話： _____ 與參加者關係： _____

復康巴接載 (主辦機構因應個別情況，儘量提供指定地點復康巴接載服務予有需要的參加者，詳情請留意參加者接納信)

上落車地區： 香港島 九龍 新界
是否有陪同者乘坐復康巴？ 是 否
(請在適當 加上「√」號)



香港殘疾人奧委會暨傷殘人士體育協會
Hong Kong Paralympic Committee & Sports Association for the Physically Disabled (HKPC&SAPD)
地址：新界沙田美林邨美楓樓 B 座地下 141-148 室
Address: Unit 141-148, G/F, Block B, Mei Fung House, Mei Lam Estate, Shatin, N.T.
電話 Tel.: 2602-7968 傳真 Fax: 2603-0106 電郵 Email: entry@hkparalympic.org
網頁 Website: www.hkparalympic.org

體能活動適應能力問卷

經常進行體育活動，不但有益身心，而且樂趣無窮。不過，參加者在參加體育活動前，應先衡量自己的身體狀況及徵詢醫生的意見。請仔細閱讀下列問題，然後誠實回答。

- | 是 | 否 | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. 醫生曾說你的心臟有問題，以及只可進行醫生建議的體育活動？ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. 你曾在進行體育活動時感到胸口痛？ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. 過去一個月內，你曾否在沒有進行體育活動時也感到胸口痛？ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. 你曾因感到暈眩而失去平衡或失去知覺？ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. 醫生現時有開血壓或心臟藥物（例如 water pills ）給你服用？ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. 你現正懷孕或可能懷孕？ |

若上述問題有一條或以上答「是」
參加者應先諮詢醫生之意見，確定是否適宜參與是次活動。

聲明

本人 _____ (參加者姓名)明白及同意：

1. 本人所提供的資料均為真實及正確無誤，且沒有冒用或盜用任何第三者之資料。本人提供的資料如有不實或不正確，其參加資格將被取消；
2. 本人的健康及體能良好，適宜參與是次活動，並明白香港殘疾人奧委會暨傷殘人士體育協會(主辦機構)不就本人的任何身體狀況負責；
3. 本人的個人資料將會送交主辦機構處理，以作是次活動報名事宜、統計、日後聯絡及活動意見調查之用，亦只限獲主辦機構授權人員方可查閱有關資料作前述目的之用；
4. 本人同意是次活動拍攝之相片及影片將用作主辦機構推廣之用；
5. 主辦機構將保留限制及拒絕接受報名的權利，以及一切活動中之最終決定權，包括演繹、更改、取消或暫停是次活動的內容、條款及細則，而無須另行通知；及
6. 本人對活動中不幸造成的意外、傷亡及財物損失，願意自行承擔全部責任，將不會向主辦機構就上述事項索取賠償、指控及責任上之追討。

參加者簽署： _____ 日期： _____

未滿 18 歲的參加者必須由家長 / 監護人填寫下列資料

本人已閱讀上述聲明，並同意參加者 _____ (姓名)參加 **Get Set Go** 殘疾人運動體驗營 2019。

家長 / 監護人姓名： _____ 家長 / 監護人簽署： _____

與參加者關係： _____

請於 2019 年 10 月 11 日或之前將填妥之報名表格以電郵、傳真、郵寄方式或親身交回主辦機構。如有查詢請致電 2602-7968 與發展主任鄧先生或助理體育項目主任梁小姐聯絡。