

2018年10至2019年3月份訓練班報名表

- 訓練班資料：請參考協會網頁(www.hkparalympic.org)
費用：全免(參加者必須是本會會員，並必須年滿8歲或以上)
報名辦法：請清楚及詳細填妥下列報名表格及聲明書(如資料不全，恕不受理)
並於截止報名日期前寄交至新界沙田美林村美楓樓B座地下141-148
或傳真至2603-0106或電郵至entry@hkparalympic.org
截止日期：2018年9月20日(逾期報名，恕不受理)
查詢電話：2602-8232 (梁小姐)

報名參加訓練班(最多可選擇三項，請按你的意願把訓練班名稱順序填在格內)：

選擇次序	1	2	3
訓練班名稱			
逢星期			

I. 參加者資料(必須填寫有「*」標記的個人資料，否則申請恕不受理。)

- *姓名：(中文) _____ (英文) _____
- *性別： _____ *年齡： _____ *會員證號碼： _____ (永久會員/普通會員)
- *通訊地址： _____
- *聯絡電話：(住宅) _____ (手提電話)： _____
- *電郵地址： _____
- *緊急聯絡人姓名： _____ *緊急聯絡人電話： _____
- *殘疾類別： 小兒麻痺 義肢 癱瘓 視障
 痙攣 其他(請詳細列明)： _____
- *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： 輪椅 手杖 其他(請列明)： _____
- *慣常用手： 左手 右手

II. 交通接載或泊車申請

(協會將因應個別情況，儘量安排交通接載予有需要的參加者。輪椅使用者將獲優先考慮，而其他人士只能因應路線編排情況儘量提供鐵路沿線接載服務，詳情請留意參加者接納信。)

請列明所需原因： _____

復康巴上落車地址： _____

(必需填寫詳細地址) 註：復康巴上落車地點需視乎行車路線安排而定，本會有最終決定權

- (1) 協會將依據參加者情況安排提供交通接載，是否可過椅？ 是 否
- (2) 如協會未能提供交通接載，會否自行前往？ 會 否
- (3) 是否有其他人士陪同乘坐復康巴？(只提供予有需要照顧的參加者) 會 否
- (4) 如需要申請泊車位或進入停車場上落乘客，請提供車牌號碼： _____
(申請須為傷殘人士登記車輛，若場地未能預留泊車位，參加者需自行安排。)

備註：(1) 請在適當加上「√」號；

(2) 如報名人數超過規定名額，將以抽籤決定。

(3) 參加者在本表格所提供的個人資料，將用於申請參加訓練班有關的事宜上。如有需要，有關資料將會送交獲授權處理的服務團體、政府部門或機構，用以安排與訓練班有關的事宜，例如交通接送。參加者的個人資料將由協會職員處理。參加者如欲查詢或更改個人資料，請直接與協會職員聯絡。

訓練班參加者健康聲明

(凡報名參加活動人士，請填寫以下「訓練班參加者健康聲明」。如申請人拒絕填寫「訓練班參加者健康聲明」，有關報名將不獲受理。)

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，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。 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. 你的年齡超過 65 歲。 |

若上述問題有一條或以上答「是」

參加者應首先諮詢醫生之意見，確定是否適宜參與有關活動。

(1) 供年滿十八歲或以上的參加者填寫

我聲明：我的健康及體能良好，適宜參加有關活動，並確認以上所填的資料正確無誤。如果我因本人的疏忽或健康或體能欠佳，而引致任何傷亡，香港殘疾人奧委會暨傷殘人士體育協會將無需負責。

參加者姓名：_____ 參加者簽署：_____ 日期：_____

(2) 未滿十八歲的參加者需由家長或監護人填寫

我聲明：_____ (參加者姓名) 的健康及體能良好，適宜參加有關活動，並確認以上所填的資料正確無誤。如果參加者因他/她的疏忽或健康或體能欠佳，而引致任何傷亡，香港殘疾人奧委會暨傷殘人士體育協會將無需負責。

家長/監護人姓名：_____ 家長/監護人簽署：_____ 日期：_____