

## 2019 年 10 月至 2020 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：2019 年 8 月 31 日(逾期報名，恕不受理)  
查詢電話：2602-7968 (鄧先生/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			
逢星期及時間			

### I. 參加者資料(必須填寫以下個人資料，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：\_\_\_\_\_