

**(Registration Form)**

姓名(Name)		性別(Sex)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身分證字號 (ID/Passport NO.)	(保險用)	生日 (Date of Birth)	年          月          日
緊急連絡人 聯絡方式 (Tel)	聯絡人： _____ 手機： _____ e-mail: _____		
通訊地址 (Mailing Address)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
如何得知本活動訊息	<input type="checkbox"/> 網路搜尋 <input type="checkbox"/> Facebook 粉絲專頁 <input type="checkbox"/> 簡章 <input type="checkbox"/> 親友介紹 <input type="checkbox"/> 學校 <input type="checkbox"/> 櫃檯介紹		
飲食習慣	<input type="checkbox"/> 葷食 <input type="checkbox"/> 素食（營隊為團體膳食，如有純素或特殊飲食需求者請自行準備）		
特殊疾病及狀況			
★美式運動營★	<input type="checkbox"/> 第一梯次（         ①         /         ②         ） <input type="checkbox"/> 第二梯次（         ①         /         ②         ） <input type="checkbox"/> 第三梯次（         ①         /         ②         ） <input type="checkbox"/> 第四梯次（         ①         /         ②         ）		
★冒險奇航★	<input type="checkbox"/> 第一梯次__7月7日至7月8日 <input type="checkbox"/> 第二梯次__8月11日至8月12日		
★淡運論劍★	<input type="checkbox"/> 第一梯次__6月30日至7月1日		
★海洋探索營★	三天二夜： <input type="checkbox"/> 7月13日至7月15日 <input type="checkbox"/> 7月27日～7月29日 五天四夜： <input type="checkbox"/> 7月30日至8月3日		

備註：各單項課程選修達 8 人以上開班（桌球 6 人），為確保學員權益，報名後恕不接受更換！

本人已詳細閱讀營隊報名須知，且同意主辦單位可保留更改課程活動之日期、時間、內容錄影拍攝等權利，活動期間所拍攝之影片及照片等，均為主辦單位無償使用。為維護安全及學員權益，本人會要求子女於活動中遵守團體規範，如因違規造成物品毀損或人員受傷，本人將負責賠償，情節嚴重者，將依課程須知之規定處理。本人謹此同意以上聲明，遵守上課須知和報名程序。

課程費用		發票號碼		經手人	
------	--	------	--	-----	--

## 學員健康調查表

姓 名		生 日	年      月      日
身分證字號		血 型	

### 曾有病史

是 否（請打 v 表示）

1.    ☐    ☐ 是否曾經住院？原因：\_\_\_\_\_
2.    ☐    ☐ 是否曾經開過刀？原因：\_\_\_\_\_
3.    ☐    ☐ 頭部是否曾經受過傷？
4.    ☐    ☐ 是否曾經被撞擊導致無意識？
5.    ☐    ☐ 是否曾在運動過後突然昏倒？
6.    ☐    ☐ 是否曾在運動過後頭暈目眩？
7.    ☐    ☐ 是否曾經癲癇發作？
8.    ☐    ☐ 是否曾有在運動過後胸痛？
9.    ☐    ☐ 是否曾有背部受傷的問題？原因：\_\_\_\_\_
10. ☐    ☐ 是否曾有關節的問題（如膝、腳踝）？原因：\_\_\_\_\_
11. ☐    ☐ 在過去 12 個月有過巨噬細胞增多症？
12. ☐    ☐ 是否有血友病病史？
13. ☐    ☐ 是否曾有過腹瀉或腸胃不適問題？狀況：\_\_\_\_\_
14. ☐    ☐ 是否曾有過便秘問題？
15. ☐    ☐ 是否曾有情緒困難，並經專業人員協助而解決？
16. ☐    ☐ 是否有注意力不足或過動症病史？
17. ☐    ☐ 是否有暴食症或厭食症的病史？
18. ☐    ☐ 是否有憂鬱症病史？
19. ☐    ☐ 是否曾因精神方面問題需要治療、住院或諮商？

其他特殊情形註明：