中華民國殘障體育運動總會
109 年全國身心障礙者體適能活動營-台南
實施辦法

一、宗　　旨：提供我國身心障礙者參與各項體育運動的機會，協助其參與各種體育教育項目，並提供其適當的專業體育運動訓練及復健諮商，開拓其體育運動空間，以增進其身心健康，發揮適應社會生活的能力，使運動全面普及於身心障礙者，助其走向陽光繼而獨立自主。

二、指導單位：教育部體育署

三、主辦單位：中華民國殘障體育運動總會

四、協辦單位：臺南市體育總會身心障礙運動委員會

五、活動日期：109 年 10 月 24 日(週六)至 10 月 25 日(週日)

六、活動地點：虹韻文創中心

(70252 台南市南區新忠路 14 號)

七、參與對象：

(一)凡持有中華民國國籍、身心障礙證明者(視障、聽障、智障、肢障)或持有教育部特教鑑輔證明者。(未滿 18 歲參加者需由家長或監護人簽寫同意書。)

(二)一位身心障礙者經申請評估可有一位陪同人員(直系親屬-父母或監護人)。

八、報名相關內容：

(一)報名日期：自即日起至 **10 月 9 日止(額滿報名提前截止)。**

(二)報名地點：臺南市體育總會身心障礙運動委員會

(70054 台南市中西區民生路二段 200 號)

聯絡電話：0986324513 /(06)264-9168　傳真：(06)264-2923

E-Mail: tdsc8899@gmail.com

聯 絡 人：張國緯(LINE ID：cbcbcbn)

報 名 費：**每人新台幣 500 元整(請於報到現場繳交)**

(三)報名方式：採郵寄、電子郵件、加聯絡人 LINE 傳送（填妥報名表、附身心障礙手冊影本或特教鑑輔證明影本）。

註：

1. 所填報名參加本活動之個人資料，僅供本活動相關用途使用。
2. 本活動將投保旅平險或公共意外責任險，額度如下，若有其他投保需求(如個人人身保險)，建請自行辦理。
   - 每一個人身體傷亡：新臺幣 300 萬元。
   - 每一事故身體傷亡：新臺幣 1,500 萬/元。
   - 每一事故財物損失：新臺幣 200 萬元。
   - 保險期間內總保險金額：新臺幣 3,400 萬元。
3. 參加人員需配合本次防疫措施、政策。

九、 預訂人數：每梯次 50 人（含工作人員）

十、 集合及解散時間、地點：

(一)集合時間：上午 09:00 前

(二)解散時間：於第 2 天當日下午 4 時解散接回學員

(三)集合、解散地點：虹韻文創中心(台南市南區新忠路 14 號)

十一、 活動內容：

時　間	**第　一　天** (10 月 24 日)	時　間	**第　二　天** (10 月 25 日)
08：30- 09：00	報到	08：00- 09：00	早　　餐
09：00- 09：30	活動介紹及分組工作	09：00- 09：30	暖 身 操
09：30- 12：00	身心障礙體適能概論課程	09：30- 12：00	身心障礙體適能運動實作
12：00- 13：00	午餐及午休	12：00- 13：00	午餐及午休
13：00- 15：00	身心障礙體適能概論課程	13：00- 15：30	身心障礙體適能運動實作
15：00- 15：30	移動場地與休息	15：30- 16：00	活動檢討與心得分享
15：30- 18：00	團體球類運動-保齡球	16：00	賦歸
18：00- 19：00	美味晚餐時間		
19：00- 20：00	團體球類運動-保齡球		
20：30- 21：00	入宿分房、點心時間		
21：00~	盥洗、報平安、睡覺		

十二、 預期效益：

(一)讓全國身心障礙者及親屬、特殊學校師生、身心障礙者協會、機關、團體工作人員了解教育部推展全國身心障礙者運動休閒政策。

(二)增進身心障礙者親子間的關係，不因身心障礙產生家庭生活陰霾。

(三)使身心障礙者藉此項活動提高參與休閒運動意願，幫助身心障礙者迎向陽光。

(四)讓身心障礙者在參與此項活動中能達到相互交流的機會，繼而培養良好的人際關係。

(五)透過本項活動，使全國身心障礙者能有機會參與各項運動休閒活動，並增進其身心健康，達到身心障礙者能獨立自主。

十三、 其　它：本活動若有修正，將另行通知。

十四、 本活動經陳報教育部體育署備查後實施。

109 年全國身心障礙者體適能活動營-台南

報名表

姓名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　性別：＿＿

出生年月日：＿＿年＿＿月＿＿日　年齡：＿＿

身分證字號：＿＿＿＿＿＿＿＿　血型：＿＿

身障障別及程度：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

有無特殊病史：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

相片黏貼

通訊地址：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　電話：＿＿＿＿＿＿

緊急聯絡人：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　電話：＿＿＿＿＿＿

用餐：□葷　□素（*務必填寫，以方便安排，現場無法更動*）

參加梯次： 10/24-10/25 台南場

家　長　同　意　書

本人同意敝子弟＿＿＿＿＿＿參加＿＿年＿＿月＿＿日至＿＿年＿＿月＿＿＿日止貴會舉辦之「109 年身心障礙者體適能活動營－台南場次」，敝子弟絕對遵從貴會一切活動的規定及指導，若有違反規定及指導，本人願負一切責任，特此同意。

家長／監護人：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　電話：＿＿＿＿＿＿

地　　址：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

備註：1.請加簽家長同意書，否則報名無效。2.報名表不敷使用時，請自行影印。（以上資料本人同意作為大會辦理活動使用）

簽名：

109 年全國身心障礙者體適能活動營-台南
（參加家長或監護人報名表）

帶領學員姓名：　　性別：

參加梯次：10/24-10/25 台南場

姓名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　性別：＿＿＿＿

出生年月日：＿＿＿年＿＿月＿＿日　　年齡：＿＿＿＿

身分證字號：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

服務機關名稱：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

通訊地址：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話：＿＿＿＿＿＿＿＿手機：＿＿＿＿＿＿

緊急聯絡人：＿＿＿＿＿＿＿＿電話：＿＿＿＿＿＿

參加地點：台南虹韻文創中心

用餐：□葷　　□素（務必填寫，以方便安排）

註：一、參加家長或監護人請詳填以上資料，以便辦理保險。

二、報名表不敷使用時，請自行影印。

（以上資料本人同意作為大會辦理活動使用）

中華民國殘障體育運動總會

參加人員健康聲明書

鑒於嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)疫情影響，參酌疾病管制署之防疫建議，並基於保護全體與會者的身體生命安全，參與本次活動的人員均須配合填寫健康聲明書。透過健康聲明書所蒐集、處理及利用之個人資料類別包含您的識別類個人資料(姓名)、聯絡電話、聯絡地址、社會活動及其他為防疫所需之個人資料，除上述之防疫目的(下稱蒐集目的)外不另做其他用途。

- 您的個人資料，僅供中華民國殘障體育運動總會(以下稱本會)內部使用，於蒐集目的之必要合理範圍內加以利用至蒐集目的消失為止。
- 依據個人資料保護法第 3 條規定，您可向本會請求查詢或閱覽、製給複本、補充或更正、停止蒐集/處理/利用或刪除您的個人資料。
- 任何人若拒絕健康聲明書填寫者，將不得進入會場。如您於蒐集目的消失前要求本會停止蒐集/處理/利用或刪除您的個人資料，亦同。
- 如您填寫並送交健康聲明書者，視為同意本會蒐集、處理及利用個人資料告知事項。

一、基本資料

1.姓　　名：_____

2.聯絡電話：_____

3.聯絡地址：_____

4.國　　籍：_____

二、社會活動

1.過去 14 天是否曾出國至其他境外地區?

□ 是 □ 否

2.若勾選「是」，其國家為：_____

三、本人參與說明會前已確認未符合下列任一情況：

1.為嚴重特殊傳染性肺炎之疑似感染或確診個案。

2.本人或本人之家庭成員(或密切接觸者)，過去兩星期內曾接觸嚴重特殊傳染性肺炎之疑似感染或確診個案者。

3.目前正配合嚴重特殊傳染性肺炎居家隔離、居家檢疫或自主健康管理。

4.已出現與嚴重特殊傳染性肺炎相關的症狀。

四、本人確認以上聲明均為屬實，並同意承擔因提供不實資訊而導致的相關法律責任。

簽名：_____ 填寫日期：_____