

中華民國殘障體育運動總會

109 年視覺障礙者體適能活動營實施辦法

一、宗旨：提供我國視障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：臺北市立啟明學校

五、活動日期：109 年 10 月 24 日(六)至 10 月 25 日(日)

六、活動地點：臺北市立啟明學校

(11153 臺北市士林區忠誠路二段 207 巷 1 號)

連絡電話：(02)28740670 分機 1002 聯絡人：章金德

七、參與對象：

(一) 凡具有中華民國國籍持有身心障礙證明者(視障)。

(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 16 日(額滿報名提前截止)。

(二) 報名地點：臺北市士林區忠誠路二段 207 巷 1 號 校長室 秘書

連絡電話：(02)28740670 分機 1002 傳真：(02)2873-2612

聯絡人：章金德

報名費：免報名費

(三) 報名方式：採郵寄、現場、電子郵件等三種方式

(將填妥報名表及身心障礙證明影本)

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：40 人（含工作人員）

十、集合及解散時間、地點：

（一）集合時間：上午 10:00 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：臺北市立啟明學校

十一、活動內容：

109 年視覺障礙者體適能活動營行程表

時 間	第 一 天 (10 月 24 日)	時 間	第 二 天 (10 月 25 日)
09：30-10：00	報到	07：00-08：00	早 餐
10：00-10：30	活動介紹及分組工作	08：00-09：00	搭車前往臺北市青年 發展處
10：30-11：30	搭車前往冒險教育場地	09：00-10：30	攀岩活動
11：30-12：30	午餐及午休		
12：30-13：30	冒險教育講解		
13：30-17：00	冒險教育體驗課程	10：30-12：00	攀岩活動
17：00-18：00	搭車返校	12：00-13：00	用餐
18：00-19：00	放行李、美味晚餐時間	13：00-14：00	搭車返校
19：00-21：00	趣味體適能	14：00-15：30	門球及趣味體適能
21：00-21：30	點心時間	15：30-16：00	活動檢討與心得分享
		16：00	賦歸
21：30 之後	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視覺障礙者運動休閒政策。
- (二) 增進視覺障礙者親子間的關係，不因身心障礙產生家庭生活陰霾。
- (三) 使視覺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) 讓視覺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，使全國視覺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，達到視覺障礙者能獨立自主。

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核備後實施。

109 年視覺障礙者體適能活動營報名表

姓名：_____ 性別：_____

出生年月日：_____年____月____日 年齡：_____

身分證字號：_____ 血型：_____

就讀學校：_____

相
片
黏
貼

視障障別及程度：_____

有無特殊病史：_____

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*）

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 年視覺障礙者體適能活動營—北明」，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 年視覺障礙者體適能活動營報名表

(參加家長或監護人報名表)

帶領學員姓名：

性別：

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：_____

參加日期：

參加地點：

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)

簽名：

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：_____