

參加者健康申報表

閣下將參與天使家庭中心有限公司舉辦之活動，鑑於活動及訓練將涉及多項戶外運動，為安全起見，請參加者填寫以下問卷，讓職員及導師了解閣下之身體狀況。

參加活動名稱：_____

參加者姓名 (英文)：_____ (中文)：_____ 性別：_____ 年齡：_____

參加者病歷：

肢體受傷：					
	否	是	受傷年份	已經痊癒	尚未痊癒
● Head Injuries 頭部受傷					
● Neck Injuries 頸部受傷					
● Shoulder Injuries 肩部受傷					
● Arm / Wrist / Hand Injuries 前臂/手腕/手部					
● Back Injuries 背腰受傷					
● Knee Injuries 膝部受傷					
● Ankle injuries 踝部受傷					
● Joints Injuries 關節受傷 Joints 關節：_____					
● Other Injuries 其他受傷 Example 例如：_____					

嚴重、長期性 或先天性之疾病：					
	否	是	受傷年份	已經痊癒	尚未痊癒
● Epilepsy or convulsions 癲癇症					
● Heart Disorder 心臟疾病					
● High blood pressure 高血壓					
● Diabetes 糖尿病					
● Asthma 哮喘					
● Flatfoot 扁平足/寬扁足					
● Genu Varum / Genu Valgum O 型腳 / X 型腳					
● Night Blindness 夜盲症					
● Other Injuries 其他受傷 Example 例如：_____					

過敏症：					
	否	是	過敏原	過敏反應	藥物
● Medicines Allergies 藥物敏感					
● Food Allergies 食物敏感					
● Skin Allergies 皮膚敏感					
● Hair Allergies 毛髮敏感					
● Animals Allergies 動物敏感					
● Other Allergies 其他敏感					

特殊學習需要及心理狀況：			
	否	是	請在下面列明病況、誘因及所需之特別安排。
聽覺受損 Hearing Impairment			
視覺受損 Visual Impairment			
身體弱能 Handicapped			
弱智 Intellectual Deficit			
專注力不足及過度活躍 ADHD			
自閉症/亞氏保加症 ASD			
讀寫障礙 Dyslexia			
資優 Gifted			
特殊心理狀況：如抑鬱症、焦慮症 Others: e.g. Clinical Depression, Anxiety Disorder			

其他：
<ul style="list-style-type: none"> ● Any surgery performed in the last 30 days? 最近一個月有否接受大小手術？ _____ ● Are there any activities to be limited / discouraged by physician's advice 醫生不建議進行之活動？ _____ ● Are you a vegetarian? 你是否素食者？ _____

***** 如閣下對身體有任何懷疑，請進行身體檢驗及附上醫生證明才可參與挑戰活動。*****

***** 活動出發日前,如有任何更新資料, 煩請再填報遞交。*****

聲明

本人明白在下方簽署並遞交報名表後，將表示本人已完全了解由天使家庭中心有限公司舉辦之活動內容及其性質。本人明白並願意承擔在此活動期間所有自身的意外風險及責任。此外，本公司承諾會將以上資料保密。另外，本人知悉貴公司在活動進行期間進行拍攝或錄影，參加者因此有機會而被拍攝，但拍攝內容只作一般宣傳用途。

在下方簽署後，將代表本人同意上述的一切條款，以及聲明本人身體狀況良好，並無任何傷患或不適影響本人進行戶外活動。

參加者姓名：_____ 參加者簽署：_____

未滿 18 歲者，家長或監護人必須填寫此欄：

茲證明敝子弟_____ (參加者姓名)之健康狀況足以應付活動的要求，如因健康狀況未如理想而引致意外或受傷，本人願負全責。同時，願意督促敝子弟在參與活動時遵守有關之規則及大會的指示。

家長/監護人姓名：_____ 家長/監護人簽署：_____

緊急聯絡人姓名：_____ 緊急聯絡人電話：_____

與參加者關係：_____ 日期：_____