

2025-26年度《聽障人士草地滾球訓練班》

報名表

(一) 個人資料 請將不適用者刪去 *							
中文姓名：		英文姓名：		聽力程度：	全聾 / 弱聽 *	會員編號：	
性別：	男 / 女 *	年齡：		出生日期	/ /	身份證號碼：	
				(日/月/年)		(如A1234)	
職業：	學生 / 在職 / 家務料理者 / 退休 / 其他 *			工作機構/就讀學校：			
聯絡電話 (可透過WhatsApp聯絡)：				電郵地址：			
緊急聯絡人姓名：				緊急聯絡人電話 (可透過WhatsApp聯絡)：			
(二) 一位年滿十六歲或以上的同行照料者 (如有) 請將不適用者刪去 *							
中文姓名：		英文姓名：		聽力程度：	全聾 / 弱聽 / 健聽 *	會員編號：	
性別：	男 / 女 *	年齡：		出生日期	/ /	身份證號碼：	
				(日/月/年)		(如A1234)	
職業：	學生 / 在職 / 家務料理者 / 退休 / 其他 *			工作機構/就讀學校：			
聯絡電話 (可透過WhatsApp聯絡)：				電郵地址：			
緊急聯絡人姓名：				緊急聯絡人電話 (可透過WhatsApp聯絡)：			
(三) 參加者聲明							
所有參加者必須寫此聲明， 未滿十八歲 的申請人須由年滿十八歲或以上的家長或監護人填寫此聲明							
本人/本人同意敝子女參加上述活動，並且聲明健康及體能良好，適宜參加上述活動。中國香港聾人體育總會有限公司與康樂及文化事務署不負責任何保險賠償事宜，如果本人/本人敝子女因疏忽、健康或體能欠佳，而引致於參加這項活動時傷亡，中國香港聾人體育總會有限公司及康樂及文化事務署則無須負責，參加者如有需要，請自行購買個人意外保險，以作保障。本人同意授權 貴會及傳媒在不需經本人審查而可使用本人/本人敝子女之肖像和個人資料作活動及推廣之用，並且願意遵守 貴會之活動安排。							
年滿十八歲或以上參加者簽署：				簽署日期：			
家長/監護人姓名：				與參加者關係：			
家長/監護人簽署：				簽署日期：			

注意：

填寫此表格前先參閱 2025-26年度《聽障人士草地滾球訓練班》「章程」。

1. 如發現報名者資格不符合要求、資料不全者，本會有權取消該份申請，恕不受理。
2. 已遞交報名者，如在7個工作天內仍未收到取錄通知，請與本會聯絡。(取錄與否，本會有最後決定權)
3. 本會及康文署將按實際情況作出訓練/活動調整或規條修訂。
4. 本會及康文署有權就訓練/活動日期、時間、場地及教練等作出調整，參加者不得異議。
5. 請各參加者穿著適當的運動衣服及運動鞋。
6. 閣下/敝子女所提供的資料，只作本會與康樂及文化事務署舉辦的資助活動報名事宜、意見調查、日後聯絡及活動推廣之用，亦只限獲本會授權人員方可查閱有關資料作前述目的之用途。遞交申請表後，如欲更正或查詢個人資料，請與本會職員聯絡。
7. 本課程適合身體良好者參加，中國香港聾人體育總會有限公司與康樂及文化事務署不負責任何保險賠償事宜。參加者如有需要，請自行購買個人意外保險，以作保障。

參加者必須持有、並須在活動期間出示有效及合資格的「香港身份證」及「殘疾人士登記證」的正本，否則不能參加上述活動。

如有任何關於訓練/活動查詢，請於本會辦公時間致電 3104 1213 /WhatsApp: 9389 6723 聯絡本會職員，多謝支持！