

2026-27年度《聾人羽毛球代表隊訓練》章程

- 目的：舉辦恆常代表隊訓練，以提高運動員的技術水平，參與本地各項比賽，及爭取代表中國香港參與海外賽事。
- 訓練詳情：代表隊訓練詳情及時間表，歡迎瀏覽本會網頁。訓練時間表僅供參考，須待康文署確實場地後方能作實，本會將按實際情況隨時調整，詳情請留意本會網頁。
- 報名資格：申請人**必須同時符合**下列條件，方合資格報名代表隊訓練：
- (1) 年齡必須介乎十二至七十五歲（年齡以遞交報名日期計算）
 - (2) 必須為中國香港聾人體育總會之2026-27年度聾人/聽障會員
 - (3) 必須持有香港永久性居民身份證
 - (4) 必須持有有效的香港特區護照方符合資格代表中國香港參加國際認可賽事
 - (5) 必須符合優耳聽力缺損55分貝以上的要求
- *本會保留要求申請人提交相關證明文件的權利，以確認其報名資格。符合報名資格並不保證入選代表隊，遞交報名申請者必須完成及通過教練安排的評估，方可成為代表隊運動員。**
- 費用：全免
- 報名日期：本年度全年接受報名
- 報名方法：填寫及遞交Google Form報名表（<https://forms.gle/FYiyB33sHEp9tU556>）或實體報名表，WhatsApp、親身交回、郵寄、傳真或電郵報名表至本會。本會將不會負責任何傳真、電郵或郵寄等失誤。
- 報名備註：
- (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) 遞交報名申請者必須完成及通過教練安排的評估，方可成為代表隊運動員。
 - (3) 已報名者若在7個工作天內未收到取錄通知，請聯絡本會。（取錄與否，本會有最後決定權）
 - (4) 出席率或訓練表現不理想者，本會有權將其除名，並於同年度內不得再申請相同訓練/活動。
 - (5) 本會將按實際情況作出訓練調整或規條修訂。
 - (6) 本會有權就訓練日期、時間、場地及教練等作出調整，參加者不得異議。
 - (7) 必須持有香港特區護照方符合資格代表中國香港參加國際認可賽事。
 - (8) 請各參加者穿著適當的運動服裝出席訓練。
 - (9) 閣下/敝子女所提供的肖像及個人資料作本會及合辦機構的活動報名事宜、意見調查、日後聯絡及活動推廣等用途。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。
 - (10) 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。
 - (11) 閣下 / 敝子女同意於本活動 / 課程期間，進行相關訓練及活動之拍攝。
- 惡劣天氣安排：除另作通知，本會主辦的所有活動及訓練，如活動/訓練前兩小時內有關警告信號仍然生效，本會將採取以下措施，詳情請查閱：<https://hkcsad.org.hk/惡劣天氣下之活動安排/>
- 查詢：中國香港聾人體育總會
- 電話：3104 1213 / WhatsApp：9389 6723
- 傳真：3579 2262
- 電郵：info@hkcsad.org.hk
- 網頁：www.hkcsad.org.hk
- 地址：九龍長沙灣青山道489-491號香港工業中心A座12字樓A6-C室
- 辦公時間：週一至週五上午9:30至下午6:00（公眾假期不開放）

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 (年/月/日)	/ /	身份證號碼： (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：			
通訊地址：							
緊急聯絡人姓名：				緊急聯絡人電話： (可透過WhatsApp聯絡)			
(二) 參加者聲明							
所有參加者必須同意此聲明，如參加者未能同意此聲明，則不得參加上述活動。							
(1) 本人/敝子女同意參加上述活動，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已購買第三者責任保險，並無購買運動員體育保險，如果本人/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。 (2) 本人/敝子女同意授權 貴會使用本人/敝子女所提供的肖像及個人資料作 貴會及合辦機構的活動報名事宜、意見調查、日後聯絡及活動推廣等用途。 (3) 本人 / 敝子女同意於本活動 / 課程期間，進行相關訓練及活動之拍攝。							
(十八歲或以上)				簽署日期：			
參加者本人簽署：							
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。							
家長/監護人姓名：				與參加者關係：			
家長/監護人簽署：				簽署日期：			

****填寫此表格前先參閱 2026-27年度《聾人羽毛球代表隊訓練》「章程」。****

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！