

殘疾人士活動

2020-21 聽障人士羽毛球訓練計劃

- 日期： 2020年7月25日; 8月1, 8, 15, 22, 29日; 9月5日 (逢星期六)
- 時間： 晚上8:00-10:00
- 堂數： 7堂
- 地點： 官涌體育館(九龍佐敦寶靈街17號官涌市政大廈5至7樓)
- 費用： 全免
- 名額： 16人(限聚令下只限6名學員<4名聾體會員及2名公眾人士>)
- 對象： 8歲或以上之聽障人士
- 截止報名日期： 2020年6月26日
- 服裝： 各參加者需穿著適當的運動衣服及運動鞋
- 目的： 為培養聽障人士對羽毛球運動的興趣及加強學員對羽毛球運動的知識及技巧
- 報名辦法： 將填妥之報名表寄回、電郵或傳真「香港聾人體育總會有限公司」
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-D室
傳真號碼： 3579 2262 / 電郵地址： info@hksad.org.hk
- 查詢： 香港聾人體育總會有限公司
電話： 3104 1213
傳真： 3579 2262
whatsapp： 9389 6723
網址： www.hksad.org.hk

參加者須知

- ☺ 各參加者需穿著適當的運動衣服及運動鞋。
- ☺ 如在活動當日開始前3小時天文台懸掛3號或以上風球、或發出紅色或黑色暴雨警告訊號，活動即告取消。
- ☺ 閣下所提供的資料只用於香港聾人體育總會有限公司及康樂及文化事務署資助是次康體活動報名事宜及活動之用。適合身體良好者參加，本會不負責任何保險賠償事宜。

殘疾人士活動

2020-21 聽障人士羽毛球訓練計劃

2020年7月25日; 8月1, 8, 15, 22, 29日; 9月5日 (逢星期六)

報名表

(A) 姓名(中) _____ (英) _____ 性別 _____

身份證明文件: _____ 出生日期: ____日/____月/____年 年齡 _____

通訊地址: _____

電郵: _____ 聯絡電話: _____ 傳真: _____

職業: _____ 工作機構 / 就讀學校: _____

辦事處電話: _____ 辦事處傳真: _____

參加者聲明:

本人之健康及體能良好, 適宜參加上述活動。倘若本人疏忽或健康或體能欠佳, 而引致於參加這項活動時傷亡, 香港聾人體育總會有限公司及康樂及文化事務署均無須負責。

香港聾人體育總會會員: 是 / 否 _____ 參加者簽署: _____

會員證號碼: _____ 日期: _____

(B) 凡 18 歲以下 請家長或監護人填寫以下部份:

本人 _____ (家長或監護人姓名) 茲聲明 _____ (申請人姓名) 之健康及體能良好, 適宜參加上述活動。倘若本人疏忽或健康或體能欠佳, 而引致於參加這項活動時傷亡, 香港聾人體育總會有限公司及康樂及文化事務署均無須負責。

家長/監護人簽署: _____

與申請者關係: _____ 日期: _____

報名表可親自送交、傳真或郵寄至: 香港聾人體育總會有限公司

九龍長沙灣青山道 489-491 號香港工業中心 A 座 12 字樓 A6-D 室

電話: 3104 1213 傳真: 3579 2262 電郵: info@hksad.org.hk 網址: www.hksad.org.hk

申請人提供之資料, 只作香港聾人體育總會有限公司及康樂及文化事務署之康體活動報名事宜及日後聯絡之用。遞交報名表後, 如欲更正或查詢個人資料, 請與接受報名之機構職員聯絡。