

2022 年第一屆國際身障日-全國輪椅羽球錦標賽

報名表(身障組)

單位名稱							
地址							
電話				傳真			
教練姓名		性別	出生年月日		身份證字號		
姓名		性別		Line ID			
出生年月日		身份證字號					
緊急聯絡人							
聯絡電話()		手機：					
聯絡地址							
午餐(便當)		<input type="checkbox"/> 葷食		<input type="checkbox"/> 素食			
比賽項目： <input type="checkbox"/> 男子雙打組，(不超過3點) <input type="checkbox"/> 女子雙打組，(不超過3點) <input type="checkbox"/> 男女混和雙打(不超過3點) <input type="checkbox"/> 男子單打 W1 <input type="checkbox"/> 男子單打 W2 <input type="checkbox"/> 女子單打 W1 <input type="checkbox"/> 女子單打 W2 ◎欲參加項目請在 <input type="checkbox"/> 打 <input type="checkbox"/> √。							

附記：

- 1.每人最多報名兩項為限。雙打點數不可超過3點
 - 2.請附身心障礙手冊、體位分級卡影本連同報名表一併繳交。
- 註：未分級者及以最高級數參賽

★將報名表回寄給予新北市身心障礙者體育運動總會才算完成報名。

地址：新北市板橋區民權路117號

上向資料本人同意提供新北市身心障礙者體育運動總會(簡稱新北殘總)辦理此項賽事及有關此項賽事相關機構業務利用(如保險公司、旅行社等)，新北殘總與相關機構均需遵守個人資料保護法，善盡維護保密之責。

參賽人：

(簽名) 電話：

2022 年第一屆國際身障日-全國輪椅羽球錦標賽

檢附資料

姓 名		性 別	
身分證字號		出生年月日	
報名組別	<input type="checkbox"/> 男子單打 W1 <input type="checkbox"/> 女子單打 W1 <input type="checkbox"/> 男子雙打組 <input type="checkbox"/> 男子單打 W2 <input type="checkbox"/> 女子單打 W2 <input type="checkbox"/> 女子雙打組 <input type="checkbox"/> 混和雙打		

身心障礙手冊正面影本 (浮貼)

體位分級鑑定卡正面影本 (浮貼)

身心障礙手冊反面影本 (浮貼)

體位分級鑑定卡反面影本 (浮貼)

新北市身心障礙者體育運動總會

參賽選手健康聲明書

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，僅供新北市身心障礙者體育運動總會(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：_____