

臺北市廣慈視障者生活重建中心

椅子瑜珈伸展班

報名表

1. 姓名：_____
2. 性別：_____
3. 年齡：_____
4. 戶籍地區：_____
5. 居住地區：_____
6. 聯絡電話
 - (1) 家裡電話：_____
 - (2) 手機號碼：_____
 - (3) E-Mail：_____
7. 方便聯繫的時段(可複選)
 - ☐ 上午 (8:30 - 12:00)
 - ☐ 中午 (12:00 - 13:30)
 - ☐ 下午 (13:30 - 17:30)
8. 視力狀況：☐ 全盲，說明有無光覺：
☐ 低視能，簡述視力狀況：
9. 身心障礙證明：
 - ☐ 二類，級別____度
 - ☐ 多障，二類併____類
10. 特殊病史、身體狀況：_____
11. 從何得知本活動資訊？
 - ☐ 本會官網 ☐ 本會 LINE@好友 ☐ 本會臉書粉專 ☐ 親友告知 ☐ 其他
12. 報名椅子瑜珈伸展班的原因及期待？

13. 過去是否參加過類似性質的活動或班級？

14. 平常有無運動的習慣？有的話會做哪些運動？

15. 過去是否參加過廣慈視障者生活重建中心的活動？

16. 交通方式：

☐ 自行前來 ☐ 下午 2 點 30 分於後山埤捷運站 2 號出口地面集合

☐ 搭乘復康巴士前來，下午 2 點 30 分於北一門集合

※報名本活動，我和我的陪同者即同意重建中心於活動期間內進行拍照、受訪，於合理範圍使用。並同意提供個人資料，得於法律許可之範圍內處理及利用相關資料以提供資訊或服務，請遵守「個人資料保護法」之規定，妥善保護個人資訊。

※☐ 上述內容本人皆已知悉與同意，所提供之資訊皆正確無誤。