|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 視障生姓名 | |  | | | 性別 |  | | 出生日期 |  | | |
| 身分證字號 | |  | | | 障礙類別/等級 | | | □視障(併 )  □輕度□中度□重度□極重度 | | | |
| 視力狀況 | | 1.左眼：□全盲 □低視能 說明：  2.右眼：□全盲 □低視能 說明： | | | | | | | | | |
| 就讀學校/年級 | |  | | | | | | | | | |
| 如何得知本次活動資訊 | | □本會官網 □本會LINE@好友 □本會臉書粉專  □親友告知 □其他： | | | | | | | | | |
| 通訊地址 | |  | | | | | | | | | |
| 連絡電話 | | 聯絡人： 室內： 手機： | | | | | | | | | |
| 緊急連絡人  (勿填同行家屬) | | 1.姓名： 電話： 關係：  2.姓名： 電話： 關係： | | | | | | | | | |
| 餐飲 | | □葷 □素 注意事項： | | | | | | | | | |
| 健康及服藥狀況 | | □健康良好無特殊用藥情況  □有特殊疾病，請說明：  疾病名稱  藥物名稱及服藥情形 | | | | | | | | | |
| 同行家屬**(直系家屬優先：父母、兄弟姊妹、祖父母)** | | | | | | | | | | | |
|  | 姓名 | | 性別 | 身分證字號 | | | 出生日期 | | | 關係 | 餐飲 |
| 1 |  | |  |  | | |  | | |  | □葷□素 |
| 2 |  | |  |  | | |  | | |  | □葷□素 |
| 3 |  | |  |  | | |  | | |  | □葷□素 |
| ★備註事項：(如有特殊注意事項，請詳述於下方空白處，如暈車、用餐注意事項等)  **活動聯絡人：蘇珈誼、蕭靜鎂 洽詢電話：07-3229320\*16、13  傳真電話：07-3229350 聯絡地址：80757 高雄市三民區博愛一路366號9樓** | | | | | | | | | | | |

**114年愛盲南區視障生親子遊報名表**