|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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**