

附件二 報名表

114 年愛盲高雄城市大冒險

姓名		性別		出生日期	
障礙類別/等級	☐ 視障(併 _____) ☐ 輕度 ☐ 中度 ☐ 重度 ☐ 極重度				
連絡電話	室內：_____ 手機：_____				
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					
通訊地址					
緊急連絡人	姓名：_____ 電話：_____ 關係：_____				
餐飲	☐ 葷 ☐ 素 飲食注意事項_____				
健康及服藥狀況	☐ 健康良好無特殊用藥情況 ☐ 有其它疾病，請說明： 1. 疾病名稱_____ 2. 藥物名稱及服藥時間_____ 3. 服藥是否需要協助 ☐ 是 ☐ 否				
是否上過重建課程？	生活自理	☐ 是 ☐ 否	大概多久前上的課？		
	定向行動	☐ 是 ☐ 否			
是否有獨立外出經驗	☐ 是 ☐ 否	外出行動的方式		☐ 人導法 ☐ 用手杖行動 ☐ 不需要人導也不需要手杖	
是否會使用點字	☐ 是 ☐ 否	是否需要使用觸摸地圖		☐ 是 ☐ 否	
請回答下列問題，讓我們更認識你/妳： 1. 想來報名「114 年高雄城市大冒險夏令營」的原因：_____ 2. 請介紹自己，讓我們認識你：_____ 3. 對於這個活動，你最擔心或害怕的是什麼？覺得可以如何克服？ _____					
同組組員姓名(若無即毋需填寫):					
★備註事項：(如有特殊注意事項，請詳述於下方空白處，如過敏與用餐注意事項等)					

