**愛盲基金會111年復健核心伸展運動班報名表**

1. 姓名：
2. 性別/年齡：
3. 聯絡電話
4. 家裡電話：
5. 手機號碼：
6. E-Mail：
7. 視力狀況： ( )全盲，說明有無光覺：

( )低視能，簡述視力狀況：

1. 身心障礙證明：

( )二類

( )二類併( )類

1. 是否完整接種兩劑COVID-19疫苗且滿14天：

（ ）是，最近一次接種日期： 年 月 日

（ ）否，原因：

　　（ ）經醫師評估不建議施打COVID-19疫苗並取得相關證明

　　（ ）個人因素，原因：

　　（ ）其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 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

1. 特殊病史、身體狀況：
2. 報名復健核心伸展運動班的原因及期待？(例如：想活動身體、學習新知)

1. 平時有無運動的習慣，是否參加過類似性質的班級？

1. 交通方式：

( )自行前來 ( )下午2點10分於台北車站Z2出口地面集合

1. 有無參加過本會休閒班或申請本會生活重建服務？

( )有：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( )無

※成功錄取後將會安排社工員訪視確認細部需求，並協助簽署個資聲明表，以維護您的權益。