

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
 - (1) 家裡電話：_____
 - (2) 手機號碼：_____
 - (3) E-Mail：_____
4. 視力狀況：全盲，說明有無光覺：
低視能，簡述視力狀況：
5. 身心障礙證明：
二類
二類併類
6. 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：_____
7. 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
8. 特殊病史、身體狀況：_____
9. 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)

10. 平時有無運動的習慣，是否參加過類似性質的班級？

11. 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

12. 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。