

明愛樂群學校

通告（學生活動）－香港智障人士體育協會－註冊運動員或參與者申請細則（1819-114）

敬啟者：香港智障人士體育協會每年均主辦香港特殊奧運會各項比賽及體育訓練班，為鼓勵貴子弟多參加不同類型的體育活動，培養多做運動的習慣。本校將按貴子弟的能力，登記為「參與者」或「註冊運動員」，以讓學生有機會參加不同的體育項目。

登記成為「註冊運動員」後，可參加由體育協會舉辦的各項活動、長期訓練班及比賽，詳情如下：

1. 年齡為8歲或以上
2. 有效期至2020年3月31日
3. 繳交註冊費用\$20（於4月份收費時一併繳交）

首次註冊，請留意以下事項：

- 註冊醫生填寫 Form C：「註冊運動員-家長/監護人同意書」
- 家長填寫 Form D：「MEDICAL CERTIFICATION FORM」

續註冊，請留意以下事項：

- 家長填寫 Form E：「註冊運動員-家長/監護人同意書」
- 家長填寫 Form F：「健康記錄表」

登記成為「參與者」後，可參加由體育協會舉辦的各項活動及基礎訓練班，但不能參加比賽及長期訓練班，詳情如下：

1. 年齡不限
2. 有效期為兩年
3. 費用全免

未滿8歲及未符合資格的學生，學校會為「參與者」辦理手續，並自動成為「參與者」，無需填寫任何表格。請登記成為「註冊運動員」的學生，於3月1日或以前，交回**首次註冊**或**續註冊**所需的表格予組負責老師，以便學校向體育協會辦理手續，如有疑問，歡迎致電學校向霍正東老師查詢。

此致

貴家長

明愛樂群學校校長

郭思穎 謹啟

2019年2月18日

香港智障人士體育協會 香港特殊奧運會

註冊運動員-家長/監護人同意書

(由1/4/2019至31/3/2020)

香港特殊奧運會的使命是為智障人士提供各類型的全年體育訓練及比賽，目的是給予他們不斷的學習機會，從而發揮他們的潛能，表現勇氣；並且希望透過參與運動期間，他們能和家人、朋友及其他運動員分享樂趣，交流經驗和增進友誼。真正的特殊奧運會精神就是尊重運動員的個人資格，成績和保障他們均能在一個公平的環境下進行比賽。

特殊奧林匹克乃經國際奧林匹克委員會正式認可。所有香港特殊奧運會的訓練及比賽事宜則已委託香港智障人士體育協會執行，故請代 貴機構學員申辦運動員註冊，以便日後參加由香港智障人士體育協會及香港特殊奧運會主辦的活動。

特殊奧林匹克的基本原則：

- (1) 所有香港特殊奧運會的比賽規則均遵照國際特殊奧林匹克的比賽章則進行，以保障運動員的利益；
- (2) 於比賽時，各運動項目均以能力分級，使不同能力的運動員皆有機會參賽和爭取勝利；
- (3) 運動員、教練和家長均應朝著一個方向齊步邁進——就是儘量鼓勵運動員發揮所長，祈望努力達到每一專項的最高水平；
- (4) 最後就是強調運動員在體能、社交、心理、智能和精神等方面的發展。

-----新登記-----

-----新登記-----

-----新登記-----

家長/監護人同意書

(新註冊運動員使用)

(由本會填寫)

運動員姓名： _____ (中) _____ (英)

性別： _____ 出生日期： _____ (年齡組別：8-15 16-21 22 或以上)

身份證號碼/出世紙號碼(如未取身份證)： _____

聯絡電話： _____ 出生地點： _____

住址(中)： _____

所屬學校/機構 _____ 負責導師： _____

本人同意 _____ 參加由香港智障人士體育協會及香港特殊奧運會主辦之各項訓練及比賽，申請人經由醫生驗身證明其適合參加各項活動，本人亦知道須經常注意申請人之健康狀況，若有任何變化，應由醫生再行檢查，決定是否適合參加 貴會之活動，並將驗身報告之結果立即知會 貴會。活動期間，如遇意外，務請第一時間給予適當處理，此外本人亦同意 貴會可以使用申請人之照片、影像及聲音以協助 貴會之宣傳及籌款工作。

(唐氏綜合症運動員如參加體操、跳水、蝶泳、跳高、足球、滑冰等項目時，均需作頸骨 X 光檢查，由醫生決定可否參加此等項目)。

根據以上各項條件，本人同意 _____ 參加由香港智障人士體育協會及香港特殊奧運會主辦之各項活動，並附上港幣貳拾圓正，請辦理有效期壹年之運動員註冊，以便免費參加特殊奧運會之比賽項目及訓練。

家長/監護人姓名： _____ 簽署： _____ 日期： _____
(正楷)

附註：1. 有關申請細則請參閱「19-20 註冊運動員及登記參與者申請細則」。

2. 閣下所提供的資料將會供本會及國際特殊奧林匹克用作處理運動員記錄、統計資料及一切行政工作之用，本會承諾會把有關資料保密。閣下可向運動員所屬之學校/機構查閱及改正所備存有關運動員的資料。

**HONG KONG SPORTS ASSOCIATION FOR PERSONS WITH INTELLECTUAL DISABILITY
SPECIAL OLYMPICS HONG KONG**

MEDICAL CERTIFICATION FORM

Official Use :

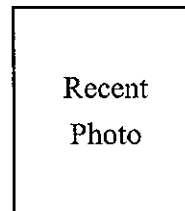
NAME OF ATHLETE:

_____ (in Chinese) _____ (in English)

SEX: _____ BIRTH DATE: D ____ M ____ Y ____

ORGANIZATION: _____

Approximate date of last physical examination: _____



PHYSICAL EXAMINATION

Height: _____ Weight: _____ Pulse: _____ Blood Pressure: _____

Vision: _____ OD: _____ OS: _____ Glasses/Contacts: YES () NO ()

List any metabolic disorders and special diets needed, if any _____

	<u>Normal</u>	<u>Abnormal</u>	<u>Diagnosis & Recommendation</u>
Eyes	_____	_____	_____
Ears	_____	_____	_____
Nose	_____	_____	_____
Throat	_____	_____	_____
Heart	_____	_____	_____
Lungs	_____	_____	_____
Abdomen	_____	_____	_____
Extremities	_____	_____	_____
Neurological	_____	_____	_____

Allergies: YES () NO () List _____

Hernia: YES () NO () Date of last Tetanus Toxoid _____

History of seizures: YES () NO () If yes, type(s) _____

Will athlete require medication during Hong Kong Sports Association for Persons with Intellectual Disability (HKSAPID) & Special Olympics Hong Kong (SOHK) activities? YES () NO () If yes, please complete:

Name of Medication	Exact Dosage	Intervals (Given How Often)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Restrictions, if any _____

I have examined _____ and in my opinion, there is/is not* mental or physical reason why he/she should not participate in the HKSAPID & SOHK Programs. Further information will be forwarded, if required. Special medication, if any, is specified in this application.

*Please delete as appropriate

Information provided will be used and kept confidential by the Association.

Doctor's Signature: _____

Print Name: _____

Address: _____

Telephone: _____ Date: _____

香港智障人士體育協會 香港特殊奧運會
註冊運動員-家長/監護人同意書
(由 1/4/2019 至 31/3/2020)

(續註冊運動員使用)

請貼上
近照一張

(由本會填寫)

本人同意 (中) _____ (英) _____ 繼續參加由香港智障人士體育協會及香港特殊奧運會主辦之各項訓練及比賽，申請人經由醫生驗身證明其適合參加各項活動，本人亦知道須經常注意申請人之健康狀況，若有任何變化，應由醫生再行檢查，決定是否適合參加貴會之活動，並將驗身報告之結果立即知會貴會。活動期間，如遇意外，務請第一時間給予適當處理，此外本人亦同意貴會可以使用申請人之照片、影像及聲音以協助貴會之宣傳及籌款工作。

(唐氏綜合症運動員如參加體操、跳水、蝶泳、跳高、足球、滑冰等項目時，均需作頸骨X光檢查，由醫生決定可否參加此等項目)。

根據以上各項條件，本人同意 _____ 繼續參加由香港智障人士體育協會及香港特殊奧運會主辦之各項活動，並附上港幣貳拾圓正，請辦理有效期壹年之運動員註冊，以便免費參加適合的比賽項目及訓練。

家長/監護人姓名： _____ 簽署： _____ 日期： _____
(正楷)

附註：1. 有關申請細則請參閱「19-20 註冊運動員及登記參與者申請細則」。

2. 閣下所提供的資料將會供本會及國際特殊奧林匹克用作處理運動員記錄、統計資料及一切行政工作之用途，本會承諾會把有關資料保密。閣下可向運動員所屬之機構查閱及改正所備存有關運動員的資料。

香港智障人士體育協會 香港特殊奧運會

健康記錄表(1/4/2019-31/3/2020)

(續註冊運動員使用)

(由本會填寫)

姓名： _____ (中) _____ (英)

出生日期： _____ (年齡組別：8-15 16-21 22 或以上) 性別： _____

身份證號碼/出世紙號碼(如未取身份證)： _____

智障組別： (輕度) (中度) (嚴重) 自閉：是 否

負責導師： _____ 家長姓名： _____ 聯絡電話： _____

甲) 健康狀況：受下列病症影響者請於 () 內✓

1. 心臟病 ()

2. 血壓高 ()

3. 呼吸系統病 ()

4. 糖尿病 ()

5. 癲癇症 ()

6. 腰背痛 ()

7. 有否長期服食藥物 (如：抽筋藥) 請列明： _____

8. 其他 請列明： _____

乙) 最近半年的健康狀況：

1. 疾病／住院／手術 (眼部手術、耳部手術 …… 等)

2. 其他資料 (例：敏感或醫生提出不適宜參加某項運動)

丙) 曾否打破傷風預防針：

家長／機構負責人簽署： _____

日期： _____

聲明：以上個人資料只作本會一切行政工作之用，本會承諾會把有關資料保密。