

HT/TSW17/C08

空中瑜伽初體驗 I

AerialYoga I

日期：2017年8月5、12日(逢星期六)

時間：下午4:30-5:45

地點：尖沙咀加連威老道12-14號加連威大廈3樓14室前座

費用：全免 - 參加者需先繳交\$200按金，出席率達100%或以上方獲退還按金

(此活動由何東爵士慈善基金贊助)

名額：9人 對象：聾福及HISN會員

備註：

- 1.參加者遲到15分鐘，將不計其當天出席日數
- 2.請病假需出示有效醫生紙證明
- 3.出席率達100%或以上方獲退還按金
- 4.請穿著舒適運動服裝，並自備毛巾及飲用水
- 5.參加者需衡量自己的身體狀況，如有身體不適必須通知工作人員
- 6.為避免發生意外，參加者須遵循導師指引或指令
- 7.如需要特別安排，請參加者在報名時列明於報名表上及口頭通知報名職員
- 8.本會有權按活動需要作出內容修改，參加者不得異議
- 9.天雨安排：如香港天文台在當日下午2:30時發出黑雨警告、8號或以上熱帶氣旋警告，當日課堂將會取消並延期。
如課堂取消或延期，大會將會於下午2:30時以短訊通知參加者。天氣報告以天文台所公佈之消息為準。

HT/TSW17/C08

空中瑜伽初體驗 I

AerialYoga I

參加表格

參加者姓名	性別	手語翻譯服務		報名紀錄 (由本會填寫)				
		要	不要	收費中心	收取費用	收據編號	收費日期	負責職員

收費：聾福及HISN會員 \$200(按金)

聾福會員編號：_____

聯絡方法：手提電話：_____ (SMS)

備註：_____

*如需緊急事故，請電：_____ (必須填寫)，與_____ (姓名)聯絡，與參加者關係：_____

聲明

1. 本人明白於活動過程中由工作人員所拍攝之照片及影片有可能用於香港聾人福利促進會宣傳、通訊刊物及網頁之用，並不作另行通知，若有任何意見可以書面向中心提出。另上列參加者均為身體狀況良好，適合參加是次活動。
2. 大會有權按活動需要作出內容修改，參加者不得異議。

參加者簽署：_____ (18歲以下申請人，請由家長 / 監護人填寫以下部份) 日期：_____

家長/監護人簽署：_____ 日期：_____

家長/監護人姓名：_____先生 / 女士 / 小姐 與申請人關係：_____

聯絡電話：_____ 傳真：_____

注意：1. 報名表內所填寫之個人資料只供本會作通訊及統計之用，參加者可向中心查詢或修改。

2. 如需要特別安排，請參加者在報名時列明於報名表上及口頭通知報名職員，安排與否，由大會決定。

* 請將填妥之表格寄回將軍澳尚德邨尚美樓6樓「香港聾人福利促進會將軍澳社交及康樂中心」，封面註明 - 報名參加聽障青年支援網絡 - 「空中瑜伽初體驗」或電郵至 hisn@deaf.org.hk，或傳真至 27614390

查詢：電郵 hisn@deaf.org.hk / 傳真至 27614390 / 電話 2711 1974