

螢光閃避球

參加表格

參加者姓名	性別	手語翻譯		報名紀錄 (由本會填寫)				活動編號：TSW17/A13-2		
				收費中心			收取費用	收據編號	日期	負責職員
				TKO	HKC	NTC				
		要	不要							

*請刪去不適用者

收費：聾福及 HISN 會員 \$110 HISN 8-11 月生日會員 \$75 會員編號：_____ (請填上別號)

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 - 螢光閃避球」收，或傳真至 2761 4390。

螢光閃避球

備註：

此部份由參加者保存

1. 參加者必須準時上午 10:30 於港鐵牛頭角站 B 出口集合，逾時不候。
2. 為免影響活動進度，遲到集合者請自行到達活場地；
3. 請穿著舒適的運動服裝、帶備毛巾及飲品；
4. 活動場地已為參加者購買第三者保險，請參加者以安全為上，嚴格遵守指示；
5. 請參加者參與活動時除下耳機，並自行準備耳機盒存放，如有損失參加者自負；
6. 參與遊戲時，請參加者除去身上所有飾物，女孩子束起頭髮；
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. 大會有權按活動需要作出內容修改，參加者不得異議；
9. 所有款項一經收取不設退款；
10. 天雨安排：
 - 活動前兩小時天文台懸掛黑色或以上暴雨警告、八號或以上熱帶氣旋警告訊號，當日活動將會取消，大會將以短訊通知參加者。