

## 第十二屆第一梯次複選 家長/監護人同意書

### 課程規範：

1. 嚴禁於課程任何時段使用酒精、毒品或其他不當物質。違者當予以法辦。
2. 嚴禁於課程任何時段與其他參與者有過度親密的接觸與性行為。違者當予以取消課程資格。
3. 嚴禁於課程任何時段有自虐或暴力傾向等行為。違者當予以取消課程資格。
4. 駕駛車輛應當持有適當的駕照並遵守道路法規。
5. 對於課程或領隊老師合理的規範不遵守者，領隊得停止該員操作課程，並予以記錄及報告。
6. 除上述規範以外，其餘未詳盡之情節如有違法將予以取消課程資格並依情節移送法辦。

**為了保障您的權利，請務必詳讀以下內容，並於每段結尾處簽名以茲證明。**

我，\_\_\_\_\_願意參加 2019/06/29 博雅書院第十二屆第一梯次複選。我對於課程目的已詳細了解，並了解課程中領隊老師與指導員會對於參與者的戶外技術加以指導並監督。我瞭解本人如有任何生理上的限制、疾病，包括頭、頸部、背部、四肢、心臟疾病、高血壓、氣喘、最近動過手術或懷孕...等等，都有提前知會此次活動其他人員(包含領隊老師與指導員)的責任，並且會**自行準備個人需要之藥品**，如有未告知而發生安全之意外狀況自行負責。 簽名：\_\_\_\_\_

### 風險認知：

我了解在本課程中所可能產生的風險並完全接受。該類風險造成的意外包含：交通意外，活動意外如曬傷、擦傷、挫傷、扭傷、割傷、骨折、軟組織傷害、燒燙傷、失溫、熱疾病、甚至截肢或死亡，以及其他身心和情緒的傷害。環境因素如溫度、濕度、地形、氣候、雨雪、颱風、電擊、地震、落石、溪水暴漲以及動植物等，均可能發生風險。我也清楚了解參與者對於新奇環境的經驗背景不同，可能會產生人為風險。課程中，我願意以開放尊重的心態來學習。上述風險為概述，並不代表所有的風險因子。 簽名：\_\_\_\_\_

### 法律告訴及求償免責：

參與此次訓練課程中，我會將任何身體狀況及生理上的限制告知指導員，並在課程中遵照領隊老師及指導員的安全建議或指示；參與程度的決定權方面，我將依自己的判斷決定是否繼續參加活動，若因個人疏失或未遵照指示而導致傷害發生，與領隊及指導員無關，我及我的親人將不採取法律追訴。 簽名：\_\_\_\_\_

### 同意：

我清楚了解課程規範、風險責任，以及可能產生的傷害及損失。我也同意在課程中遵守領隊及指導員所有的安全指示，並主動告知身體狀況。活動期間若發生意外或導致疾病，我同意接受野外緊急救護。 簽名：\_\_\_\_\_

以下簽名代表我對本書內容的了解與同意。

上述未提及可能發生的潛在風險之補充：(由領隊告知，參與者親筆填寫)

參與者簽名：\_\_\_\_\_ 家長人姓名：\_\_\_\_\_ (家長/監護人簽章)

見證人簽名：\_\_\_\_\_ 指導員/領隊簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

# 身體狀況調查表

各位課程參與者您好，您已經準備出席複試課程。麻煩您協助我們詳細地完成以下表格，我們將透過此身體健康調查表格來認識您的身體狀況，也能幫助我們做更好的課程安全管理與評估。此表格目的為提供課程參與程度判斷之具體依據，若我們對於您的身體狀況有任何的疑問，我們會親自與您討論。資訊僅供課程使用，並秉持保密原則(指導員與教師團隊明白)，請放心填寫。

## 一、個人資料

姓名：\_\_\_\_\_身分證字號：\_\_\_\_\_性別：男 女 年齡：\_\_\_\_歲

生日：\_\_\_\_年 月 日 身高：\_\_\_\_\_公分 體重：\_\_\_\_公斤

飲食限制：葷 素 其他限制(例如:不吃牛肉,海鮮...等)\_\_\_\_\_

連絡電話/手機：(1)\_\_\_\_\_ (2)\_\_\_\_\_ E-mail：\_\_\_\_\_

聯絡地址：\_\_\_\_\_

緊急聯絡人：\_\_\_\_\_ 關係：\_\_\_\_\_ 聯絡方式：\_\_\_\_\_

## 二、健康狀況

您目前有以下的病史或病症嗎？ 有 沒有

### ◎一般症狀

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 偏頭痛               | <input type="checkbox"/> 心臟疾病或心臟病     |
| <input type="checkbox"/> 血壓過高或有高血壓         | <input type="checkbox"/> 心絞痛、心悸音或心臟雜音 |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病               | <input type="checkbox"/> 低血糖          |
| <input type="checkbox"/> 有心臟疾病、高血壓、中風的家族病史 | <input type="checkbox"/> 癲癇           |
| <input type="checkbox"/> 中風                | <input type="checkbox"/> 腸胃不適         |
| <input type="checkbox"/> 氣喘                | <input type="checkbox"/> 消化道疾病        |
| <input type="checkbox"/> 泌尿系統問題            | <input type="checkbox"/> 膀胱感染         |
| <input type="checkbox"/> 懷孕                | <input type="checkbox"/> 夢遊           |
| <input type="checkbox"/> 睡眠障礙              | <input type="checkbox"/> 其他_____      |

若您有勾選以上任一項目，請您說明：\_\_\_\_\_

### ◎肌肉、骨骼受傷或斷裂

請問您目前或三年內曾經有過以下部位受傷(含扭傷)或手術？  無  有

- 膝蓋、腳踝、髖部  肩部、頸部、背部、手臂  其它

請描述受傷或手術之狀況、發生原因、發生時間及影響程度：

---

---

◎過敏性

- 無       對蟲咬或蜜蜂過敏?
- 食物過敏\_\_\_\_\_
- 藥物過敏\_\_\_\_\_
- 其他過敏問題?(請詳寫來源和徵狀及處置)\_\_\_\_\_

◎治療處方

請問您是否有在長期服用藥物呢?  無     有

若有，您會攜帶何種處方或非處方用藥?(請詳細說明藥名、作用、副作用、使用方法)

請問您是否有在接受心理治療?  無     有

若有，請詳細說明

◎請問您曾經發生過以下狀況嗎?  無

凍傷或其他併發症

請說明部位、發生時間與環境: \_\_\_\_\_

急性高山症、高山腦水腫、高山肺水腫

請說明發生時間、環境: \_\_\_\_\_

中暑或與熱相關之疾病

請說明發生時間、環境: \_\_\_\_\_

三、體能狀況

◎請問您抽菸嗎?  否 \_\_\_\_\_  是。一天多少量? \_\_\_\_\_

◎游泳能力  不會游泳     會游泳，但不會換氣     會游泳

**注意**

1. 在課程中，領隊與指導員會攜帶急救包和非處方用藥，但不會攜帶處方用藥。學生必須瞭解**個人有需要時，需自行準備**，且在不受外力支援的情況下使用處方用藥。
2. 我保證以上我所填寫的內容都是事實，並且清楚的描述了個人的身體狀況。
3. 我同意提供以上詳細資訊作為課程安全管理之用。關於肖像使用部分，本人同意參與課程期間被拍攝之照片、攝影、錄音資料，作為教學、研究、訓練、推廣之用。

同意     不同意。原因: \_\_\_\_\_

填寫人簽名: \_\_\_\_\_ 填寫日期: \_\_\_\_年\_\_月\_\_日

家長人姓名: \_\_\_\_\_ (家長/監護人)