**2017全國地板滾球運動會**

**視覺障礙體驗組報名表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 出生日期 |  |
| 性別 |  | 身分證字號 |  |
| 聯絡電話 |  | 手機 |  |
| 陪伴者姓名 |  | 手機 |  |
| 緊急聯絡人 |  | 手機 |  |
| 電子信箱 |  | | |
| 通訊地址 |  | | |
| 備 註 | 報名時，請將視覺障礙體驗組報名表、身心障礙手冊(證明)及個人資料使用同意書等3份電子檔，e-mail協會boccia.cpfamily@gmail.com信箱，完成報名。 | | |

**2017全國地板滾球運動會**

**個人資料使用同意書**

本人同意參加由中華民國腦性麻痺協會(以下簡稱「主辦單位」)主辦之『2017全國地板滾球運動會』，上項資料及報名資料同意提供2017全國地板滾球運動會及相關業務利用（如保險公司等等），主辦單位與相關業務機構均需遵守個人資料保護法，善盡維護保密之責。

本人並同意比賽期間所進行之拍攝、攝影等所有肖像權歸屬於主辦單位，主辦單位得於不侵犯選手權利及非營利範圍內，無償使用。

立同意書人(選手)簽章：

(選手未滿18歲)法定代理人簽章：

中華民國 106 年 月 日

附註：

1.競賽組別及資格，請詳閱競賽章程。

2.每一個單位每組別限報名一隊；每一位選手以參加一個競賽組別為限，不得重複報名。

3.請詳細填寫報名表，並檢附**身心障礙手冊(證明)或鑑輔會證明影本(長青組檢附身分證影本)、繳款證明影本、2吋彩色照片1張(可彩印)、個人資料使用同意書簽名**，資料不齊者將不予受理。(請黏貼好並簽名)。

4.請註明報名「2017運動會○區初賽」，於9月22日(五)前寄達。

5.報名聯絡人：張晏行 電話：(02)2892-5689分機32

地址：「中華民國腦性麻痺協會」台北市北投區大業路166號5樓

E-mail：[boccia.cpfamily@gmail.com](mailto:boccia.cpfamily@gmail.com) 腦麻協會網址：<http://www.cplink.org.tw>

滾球協會網址：http://www.boccia.org.tw/

地板滾球FB：<https://www.facebook.com/boccia.cpfamily>