附件一：活動說明:報名與繳費及注意事項

\*活動時間：8/25(日)、8/30五)、9/1(日)、9/6(五)、9/8(日)、9/15(日)。其中9/13中秋連假休息1次。

週日上午8:30-10:00；週五晚上18:30-20:00，

\*活動地點：高雄市傳迎游泳池(高雄市鳳山區中山東路325巷2號)

(地圖參考附件二)

\*報名方式：6月26日上午8時起，一律採網路報名方式報名。報名費用2,000元

報名截止日期7月20日，依報名順序錄取，名額20組。

\*網路報名：

活動說明網址：<http://bit.ly/2Kz7v0q>

活動報名網址：<http://bit.ly/2IBMiky>

使用智慧型手機可以掃描此QRcode即時報名 

\*費用說明：(請確定錄取後才繳費。)

（1）報名參加本計畫之身心障礙者，確定錄取後應於活動前完成報名手續並繳交**活動報名費用2,000元。**(含200元保證金) **(非不可抗力因素，活動依時間辦理，不依場次退費。)**

（2）活動費用均包含主管機關規定之保險費、講師費、場地費、器材費等。

**\*繳費方式:(請確定錄取後才繳費。)**

* + - 1. **逕至高雄市物理治療師公會會館繳費-高雄市左營區民族一路901巷26弄6號5樓之1**

1. **劃撥繳費-帳號:41990076 戶名:社團法人高雄市物理治療師公會。**
2. **轉帳-郵局代碼700 帳號:00417480014242 轉帳後請寫電子郵件回報「姓名」及「轉帳帳號後5碼數字」，以利辨識匯款者。(轉帳手續費自行負擔)**

**電子郵件：kaohsiungpt3@gmail.com**

**\*篩選原則：**

1.必要條件：能接受相關測試與同意公會使用肖像權、著作權、測試資料蒐集者。(參考附件三，本附件於第一次活動前填妥繳給承辦單位)。

2.具基本生活自理或能表達生活自理需求。

3.腦性麻痺、罕見疾病與肢體障礙學生優先。

4.年齡越小者與病情穩定者且在黃金復健期(傷後3年內)優先。

5.高雄市民優先。

6.依報名順序。

7.治療師依個案狀況進行評估與篩選。

活動宣傳：

\*公會網站：<http://www.pt.org.tw/kaohsiung/>

\*活動網站：<https://sites.google.com/site/hydroptks/>

\*facebook粉絲團：高雄市物理治療師公會水中復健運動團隊(<https://goo.gl/Lzq6Hz>)

\*facebook社團：108年高雄市物理治療師公會-打造運動島-水中復健運動體驗營(<https://goo.gl/pEbyBE>) 需登入臉書才能加入社團

高雄市物理治療師公會

連絡人：邱詠真秘書

電話：07-3414815

傳真：07-3470540

mail:[kaohsiungpt3@gmail.com](mailto:kaohsiungpt3@gmail.com)

附件二

泳池交通方式說明：

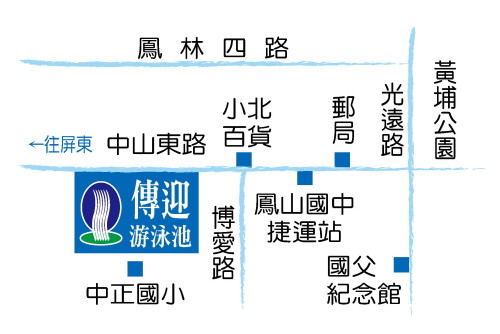
高雄市傳迎游泳池

泳池網址：<http://www.cyspa.com.tw/index.php>

泳池GOOGLE地圖：<https://goo.gl/maps/gQ9yemHHZ9Vv8hGS7>

泳池地址：高雄市鳳山區中山東路325巷2號

泳池電話：(07)7022-526 可諮詢地址，活動請還是洽公會詢問。



※若確定報名成功提醒家長參與活動時，您需要為孩子準備。

**1.泳衣﹔ 2.泳帽﹔**

**3.泳鏡﹔ 4.浴巾﹔**

**5.毛巾﹔ 6.耳塞(非必要，有耳朵容易積水者建議配帶) ﹔**

**7.塑膠袋(裝濕的衣服) ﹔ 8.水壺 ﹔**

**9.背包或袋子(裝上述用品)**

附件三

**社團法人高雄市物理治療師公會**

**著作權、肖像權及參與測試約定書**

立同意書人：　　　　　　　　　監護人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

茲就本人參與高雄市物理治療師公會所舉辦之「108年**身心障礙者(含罕見疾病)水中復健運動體驗營**」所提供之有關文字與影音資料，本人同意以下事項：

1. 經舉辦單位彙整後以文字、影音、網路及其他各類型之著作，其著作人均為該舉辦單位，就該著作物享有完整之著作權。
2. 舉辦單位在該次活動中所拍攝有關文字、影音、網路及其他各類型之著作，只授權給予高雄市物理治療師公會使用，不得轉讓與營利。
3. 本人授權在本次活動中所拍攝有關文字、相片、錄影，可在活動成果、相關研習訓練、公會網站、活動網站或物理治療相關刊物引用或公開播放。
4. 本人同意訓練活動的表現紀錄(或測試)可以做為成果報告或進行相關研究上的分析使用。

此致

**社團法人高雄市物理治療師公會**

立同意書人：

身份證號碼：

住址：　　　縣市　　　鄉鎮市區　　　街路　 段 巷 　弄 　號　　樓

中 華 民 國 108年 月 日