

中華民國水中運動協會救生員複訓契約書

本人自願參加「中華民國水中運動協會」救生員複訓，同意簽定本契約書，並遵守協會相關規定，其條款如下：

第一條：本人身體健康狀況良好，體力甚佳，無任何疾病，訓練期間，若發生純屬自身健康、安全或意外事件，願自行負責（檢附報名前三個月內醫療機構體格檢查證明）。

第二條：訓練期間嚴守團隊紀律，服從教練指導，不無故缺席、遲到或早退。若無故缺席、遲到或早退，同意退訓。

第三條：學員所繳交費用係訓練必要開支，受訓學員應於報名時完成繳納；訓練期間自行退訓者，不得申請退費；訓練日前退訓退費依報名簡章上列之退費標準辦理。

第四條：為維護訓練期間學員之人身安全保障，同意由辦訓單位依教育部救生員資格檢定辦法第 8 條規定，統一辦理公共意外責任保險；其保險範圍及最低保險金額如下：

- 一、每一個人身體傷亡：新臺幣三百萬元。
- 二、每一個事故身體傷亡：新臺幣一千五百萬元。
- 三、每一個事故財物損失：新臺幣二百萬元。
- 四、保險期間內總保險金額：新臺幣三千四百萬元。

第五條：檢定標準：學科測驗 70 分合格(是非、選擇各 25 題)。術科部分:長背板救援(一位溺者、三位救者輪流操作)，救生四式(6 分鐘完成。蹬牆出發，抬頭捷、抬頭蛙、側泳、基本仰泳依序各游 50 公尺)，心肺復甦術(含體外自動心臟去顫器，雙人操作 CPR +AED)。

第六條：個人資料保護法(以下簡稱個資法)已於民國 101 年 10 月 1 日正式施行(行政院臺法字第 1010056845 號令)，不論是個人、公務機關或非公務機關，皆必須遵守個資法規範，本會亦有遵行個資法之義務，以保護參加講習訓練的個人資料。依據個資法第 8 條的規定，本會在取得任何個人資料時，對於個人資料取得之目的、資料之類別、利用期間……等等，皆有明確告知義務，使各位瞭解為何我們要取得各位的個人資料、我們將如何利用各位的個人資料以及各位的相關權利等事項。因此，本會請各位簽署個人資料直接蒐集告知聲明之目的，係為確實履行個資法第 8 條之告知義務，若您不同意本會合法取得以及利用各位的個人資料，本會亦將無法進一步對各位提供相關服務，如有不便，敬請見諒。本次個人資料蒐集之目的在於辦理救生複訓講習，故只用於本次活動不挪做其它用途，請簽署同意書，俾利承辦單位為您辦理保險及聯絡。

立契約人：

甲 方：中華民國水中運動協會
地 址：高雄市梓官區信義路 68 巷 10 號

乙 方：

身分證字號：

住 址：

中 華 民 國 年 月 日

健康諮詢表

救生員學員健康諮詢表(請自行填寫)		
姓名：	出生日期：	年齡： 歲
身高： 公分	體重： 公斤	血型： 型
緊急聯絡人：	關係：	緊急聯絡人電話：
1. 過去一個月來說，您認為您目前的健康狀況是？ <input type="checkbox"/> 很好 <input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 不好 2. 過去一個月來說，您認為您目前的心理健康是？ <input type="checkbox"/> 很好 <input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 不好 3. 過去一個月內，喝酒行為？ <input type="checkbox"/> 不喝酒 <input type="checkbox"/> 時常喝酒 4. 過去一個月內，您曾在運動過程當中昏倒嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 5. 過去一個月內，常覺得焦慮、憂鬱嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 很少 <input type="checkbox"/> 時常 6. 過去一個月內，常覺得胸悶嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 很少 <input type="checkbox"/> 時常		
最近三年是否患有以下疾病或症狀	個人疾病史：勾選您本人曾患過的疾病 <input type="checkbox"/> 心臟疾病 <input type="checkbox"/> 哮喘 <input type="checkbox"/> 暈眩 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 腎臟病 <input type="checkbox"/> 懷孕 <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 甲狀腺 <input type="checkbox"/> 血友病 <input type="checkbox"/> 酒精中毒 <input type="checkbox"/> 低血壓 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 皮膚過敏 <input type="checkbox"/> 紅斑性狼瘡 <input type="checkbox"/> 過敏(藥物/食物) <input type="checkbox"/> 心理或精神疾病 <input type="checkbox"/> 其他__ <input type="checkbox"/> 無	
最近三年曾經接受過的(重大)手術： <input type="checkbox"/> 是_____ <input type="checkbox"/> 無_____		
學員簽名：		
未滿二十歲且未結婚者須法定代理人簽名：		
日期：中華民國 年 月 日		
註：健康諮詢表內容確實無誤因涉及個人隱私，本機構將依個資法相關規定妥善保管。		