



財團法人台中市私立張秀菊社會福利慈善事業基金會 健康狀況調查表

個人基本資料

姓名：(請以正楷書寫) _____ 血型：_____ 性別：男 女

住址：

本次活動您是否有保意外險？ 有 沒有

健康狀況資料

1. 您有任何生理條件(指身體上，包括暫時或永久性)的限制或健康問題嗎？

有，請說明：_____

沒有

2. 您目前有以下的病史或症狀嗎？

心臟疾病或心臟病 心絞痛、心悸音或心臟雜音 胸痛／胸悶 中風

血壓過高或有高血壓 有心臟疾病、高血壓、中風的家族病史 中暑或熱疾病

背部、頸部、腳部、手部、膝蓋病狀 糖尿病 氣喘 癲癇

藥物過敏 蚊蟲反應過敏 其他

若您有勾選以上任一項目，請您說明：

3. 您最近這半年曾受過傷或手術嗎？ 有 沒有

若有，請說明：_____

4. 請您列出其它我們需要注意的事項：

※請問經過評估後您認為自己是否可以參加戶外體驗課程？ 是 否

本人同意、授權財團法人台中市私立張秀菊社會福利慈善事業基金會使用或複製所有關於本人參與課程期間被拍攝之照片、影片、錄音等資料，作為教學及研究之用途。

(不同意，請勾選) 不同意

以上『健康調查表』已詳細填寫且以上內容是可信及完整正確的。

參加者簽章：_____

監護人或家長簽章(若參加者未滿二十歲)：_____

日期：____年____月____日



《參加同意書》

本人_____接受財團法人台中市私立張秀菊社會福利慈善事業基金會操作戶外體驗教育課程所存在之某些風險。我瞭解財團法人台中市私立張秀菊社會福利慈善事業基金會採取自發性選擇挑戰（Challenge by Choice）的理念，當本人認為不適合從事任何一項活動時，我有不參與的決定權利，並同意尊重他人相同的決定。我同意參與活動過程中，不貶低、漠視或輕視團隊中的任何一位成員，而且，我也同意支持他人、為了自己或團隊益處給予與接受正面及負面的回饋。

我瞭解本人如有任何生理上的限制、疾病，包括頸部、背部、心臟疾病、最近動過的手術或懷孕等，都有知會財團法人台中市私立張秀菊社會福利慈善事業基金會工作人員的責任。我瞭解並接受在參加戶外體驗課程時可能帶來的人身及財務風險。我同意在參加訓練課程的期間，遵照訓練員及帶領者所有的安全指示，並聲明若因無遵照正常操作所帶來的傷害，與訓練員及帶領者無關。若在活動期間發生之意外或導致疾病，本人同意接受緊急醫療照顧。

根據上述，本人同意參加本次體驗課程。

參加者簽章：_____

監護人或家長簽章（若參加者未滿二十歲）：_____

簽署日期： 年 月 日