2018 臺北市士林運動中心

身障人士者報名暨檢定表

姓名		出生	年　月　日	性別	□男　□女
連絡電話	(H)	身分證字號		相片	
	(O)	行動電話			
緊急連絡人電話	(H)				
	(O)				
通訊處	市　區　路　段　巷　號之 縣　街　弄　樓				
學校或服務機關		報名類別	□腦性麻痺(C.P.) □肢體殘障		
本會僅提供一般健身團體活動教學，若患有氣喘、癲癇、心臟病或其他等不適合參加活動之疾病者，請勿隱瞞或勉強參加。			本人或監護人切結簽名		
報名由來	□簡章　□網路　□朋友介紹　□其他_____				
以下免填					
檢定合格章（醫師簽章）		費用： 收據號碼： 經手人：			

檢　定　項　目

◎類別---

□腦性麻痺　□肢障　□其他

◎肢體控制---

□佳　□普通　□困難

◎行動能力---

□自由行走　□攙扶行走　□無法行走

◎聆聽能力---

□佳　□普通　□困難

◎表達能力---

□佳　□普通　□消極

醫師建議：