宜蘭家扶中心戶外體驗活動(_____)參與同意書

課程規範

1. 嚴禁於課程任何時段使用酒精、毒品或其他不當物質。
2. 嚴禁於課程任何時段與其他參與者有過度親密的接觸與性行為。
3. 嚴禁於課程任何時段有自虐或暴力傾向等行為。
4. 須遵守課程指導員合理的規範。
5. 除上述規範以外，其餘未詳盡之情節如有違反者將予以取消活動資格，並依 情節移送法辦。

為了保障您的權利，請務必詳讀以下內容，並於每段結尾處簽名以茲證明。

我，願意參加____年____月____日由宜蘭家扶中心辦理的戶外體驗活動。

1. 我對於行程及課程規劃已詳細了解，並了解課程中工作人員會對於學員的戶外體驗狀況加以指導並監督。
2. 我瞭解本人如有任何生理上的限制、疾病，包括頭、頸部、背部、四肢、心臟疾病、高血壓、氣喘、過敏、最近動過手術或懷孕…等等，都有知會此次活動其他人員的責任，並且會自行準備個人需要之藥品，如有未告知而發生安全之意外狀況自行負責。 簽名：_____

風險認知

1. 我了解在本課程中所可能產生的風險並完全接受。該類風險造成的意外包含：曬傷、擦傷、挫傷、扭傷、割傷、骨折或死亡，以及其他身心和情緒的傷害。
2. 環境因素如溫度、濕度、地形、氣候、雨雪、颱風、電擊以及動植物等，均可能發生風險。
3. 我也清楚了解參與者對於新奇環境的經驗背景不同，可能會產生人為風險。課程中，我願意以開放尊重的心態來學習。
4. 上述風險為概述，並不代表所有的風險因子。 簽名：_____

法律告訴及求償免責

1. 參與此次訓練課程中，我會將任何身體狀況及生理上的限制告知工作人員，並在課程中遵照工作人員的安全指示；我將依自己的判斷決定是否繼續參加活動，若因個人疏失或未遵照指示而導致傷害發生，與工作人員無關，我及我的親人將放棄法律追訴權。
2. 我清楚了解課程規範、風險責任，以及可能產生的傷害及損失。我也同意在課程中遵守工作人員所有的安全指示，並主動告知身體狀況。活動期間若發生意外或導致疾病，我同意接受緊急救護。 簽名：_____

參與者簽名：_____

未滿二十歲者法定代理人(或監護人)簽章簽名：_____

工作人員簽名：_____

填寫日期:_____年_____月_____日

宜蘭家扶中心戶外體驗活動(_____)身體狀況調查表

親愛的參與者您好，感謝您參加宜蘭家扶中心所辦理的戶外體驗活動，這需要有健康的身體和心理來完成此課程，我們將透過此身體狀況調查表認識您的狀況，請您仔細填寫此身體狀況調查表。我們也秉持保密原則，不會將您的資料外流，請放心填寫。

一、個人資料

姓名：_____ 年齡：_____歲 生理性別：□男 □女

身高：_____公分 體重：_____公斤 血型：_____

飲食限制：□葷 □素 □其他限制(例如:不吃牛肉、羊肉、海鮮...等)_____

連絡電話/手機：_____E-mail：_____

聯絡地址：_____

緊急聯絡人：_____ 關係：_____ 聯絡電話：_____

二、健康狀況

您目前有以下的病史或病症嗎? □沒有 □有(請勾選/詳填)

★一般症狀

□偏頭痛 □視覺 □心臟疾病或心臟病 □心絞痛、心悸音或心臟雜音 □肢體

□血壓過高或有高血壓 □蠶豆症 □糖尿病 □低血糖 □癲癇 □中風 □腸胃不適

□有心臟疾病、高血壓、中風的家族病史 □消化道疾病 □泌尿系統問題 □膀胱感染

□懷孕 □夢遊 □睡眠障礙 □其他：_____

若您有勾選以上任一項目，請您說明：_____

_____

★過敏(蟲咬、蜂螫、食物、外來物質等原因造成)□無 □有，請說明：_____

★氣喘(運動、冷空氣、感染及過敏等原因造成)□無 □有，請說明：_____

★請問您目前或三年內曾經有過以下部位受傷(含扭傷)或手術?

□ 膝蓋、腳踝、髖部 □ 肩部、頸部、背部、手臂 □ 其它 □無

請描述受傷或手術之狀況、發生原因、發生時間及影響程度：

_____

★治療處方

請問您是否有在長期服用藥物呢? □無 □有

若有，您會攜帶何種處方或非處方用藥?(請詳細說明藥名、作用、副作用、使用方法)，說明：

_____

★請問您是否有在接受心理治療/諮商？ □無 □有

若有，請詳細說明：_____

★體能狀況

運動項目	頻率	持續時間/距離

★注意事項

1. 在課程中，工作人員會攜帶急救包和**非**處方用藥，但不會攜帶處方用藥。參與者必須瞭解**個人有需要時，需自行準備**，且在不受外力支援的情況下使用處方用藥。
2. 我保證以上我所填寫的內容都是事實，並且清楚的描述了個人的身體狀況。
3. 我同意提供以上詳細資訊作為課程安全管理之用，並且授權宜蘭家扶中心使用或複製所有關於本人參與課程期間被拍攝之照片、攝影、錄音資料為訓練、張貼部落格、網站推廣用途。□同意 □不同意。原因：_____
4. 如果活動現場發生意外需要立即送醫，優先選擇之醫療院所_____

填寫人簽名：_____

未滿二十歲者法定代理人(或監護人)簽章簽名：_____

工作人員簽名：_____

填寫日期：_____年_____月_____日