



## 瑜伽活動報名表

姓名: \_\_\_\_\_ 性別: 男/ 女 出生日期: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_

電話: \_\_\_\_\_ (手提) \_\_\_\_\_ (住宅) 電郵: \_\_\_\_\_

請於適當方格內放 ✓:

1. 教育程度:  未曾接受正式教育  小學  中學  大學或以上
2. 家庭狀況:  與家人同住  與其他親屬同住  獨居
3. 曾接受有關思覺失調診斷?  否  是 (請附上醫生證明信)
4. 從何得知有關本活動資訊? (可選擇多項)  
 朋友  家人  醫護人員 (隸屬醫院名稱: \_\_\_\_\_)  其他團體  
 本會網站  本會 Facebook  傳媒如報紙/電視/電台  病人資源中心  
 本會義工

申請人簽署: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

除本人參加外, 還有以下人士陪同: (瑜伽班名額有限, 病友優先)

姓名	與本人關係	聯絡電話	電郵

### <個人資料收集聲明>

你的個人資料只供本會與您通訊,接收本會教育資訊、服務推廣及籌募資訊之用。所有個人資料將妥善儲存及絕對保密。你可隨時致電本會 6075 6504 要求本會停止使用您的個人資料作上述用途。若您不同意收到上述資料,請在下列方格加上✓號。

- 本人不同意思覺基金使用我的個人資料作發送該會教育資訊之用。  
 本人不同意思覺基金使用我的個人資料作發送該會服務推廣之用  
 本人不同意思覺基金使用我的個人資料作籌款通訊之用。

簽署: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

如有任何查詢, 歡迎致電 6075 6504 與思覺基金聯絡。

填妥本表格後, 你可電郵至 [fitmind@episo.org](mailto:fitmind@episo.org) 或傳真至 3585 5622 思覺基金收

## 聲明

謹此聲明本人參加 FITMIND 瑜伽訓練班及一切有關活動(下簡稱為“該活動”), 本人願意遵守由思覺基金, 及其代理人(下簡稱為“該大會”)所訂的條文及規則, 並同意以下所列之各點:

1. 本人是自願參加該活動和願意承擔自身的意外風險及責任, 並無權向大會及其有關機構對本人在訓練中、往返活動場地途中、活動中發生或其引致之自身意外、死亡或任何形式的損失賠償或追討責任。
2. 本人聲明本人身體健康及有能力參加該課程, 並經由執業醫生確認本人之體能適合參加該活動。
3. 本人明白及同意提供本人的香港身份證或護照給予該大會(如有需要及該大會要求下), 以作核對個人資料用。
4. 本人接受並會遵守該大會為該活動不時訂立的所有規則。
5. 本人聲明在報名表上之資料完整及確實無誤。
6. 該活動所引發的任何爭議(包括本聲明或任何參加規則的解釋和行使), 該大會將擁有最終的決定權。

### 細則及條款

1. 大會保留權利(在任何時候)取消或更改所作的任何安排, 而不需作另行通知。
2. 在任何情況下, 參加者必須聽從工作人員的指示。
3. 參加者於遞交報名時經已同意遵守及接受在此及其後所有大會所引入之活動條款及細則。

### 注意事項

1. 切勿在酒精或藥物的影響下練習瑜伽。
2. 請勿在飯後或飽肚的情況下練習瑜伽。
3. 練習瑜伽是沒有年齡限制的, 請根據自己的能力去練習。
4. 如身體有障礙、重症、急性或慢性疾病, 請在練習瑜伽前諮詢醫生的意見。

## 參加者同意書回條

\*於適當  內  或 刪除不適用部份

本人 \_\_\_\_\_ (參加者姓名) 清楚明白自己身體狀況, 並 \*同意/不同意 參加思覺基金舉行的「FITMIND 瑜伽訓練班」。若活動當日遇上緊急事故時請聯絡:

姓名: \_\_\_\_\_ (關係: \_\_\_\_\_)

電話: \_\_\_\_\_

敬請留意以下的情況並申報:

1. 參加者有否患上慢性疾病? 如: 心臟病、哮喘病等  
[ ] 有, 請列明: \_\_\_\_\_  
[ ] 沒有
2. 參加者在過去一星期有否患病或身體不適? 如: 感冒、頭暈、嘔嘔等  
[ ] 沒有  
[ ] 有, 請列明: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 必須蓋上機構印章

參加者簽署: \_\_\_\_\_

參加者姓名: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_