



香港聾人福利促進會 主辦



康樂及文化事務署 資助

## 《第十四屆聾人羽毛球比賽》

### (報名表)

姓名：\_\_\_\_\_ (請用中文正楷) 性別：\_\_\_\_\_ 年齡：\_\_\_\_\_

身份證號碼：□□□□XXX(X) 在職□ 學生□ 其他□

地址：\_\_\_\_\_

手提電話：\_\_\_\_\_ 傳真號碼：\_\_\_\_\_ 電郵：\_\_\_\_\_

是否本會會員：否□ / 是□，會員證號碼：\_\_\_\_\_

(出賽當日請出示身份證明文件及殘疾人士登記證或有效聾人會員證)

(如本人於活動時遇上緊急事故，請致電\_\_\_\_\_聯絡人：\_\_\_\_\_)

參加項目 (請用✓表示)		
組別	男子組 <input type="checkbox"/>	女子組 <input type="checkbox"/>
項目	單打 <input type="checkbox"/>	男女混合雙打 <input type="checkbox"/>
		混合雙打隊友資料：
		姓 名：
		年 齡：
		身份證號碼： □□□□XXX(X)

參加者所填寫資料，本會將作比賽聯絡、紀錄及有關賽事宣傳之用。

#### 聲明及參加者簽署：

本人及雙打隊友願意遵守比賽章則及聲明健康及體能良好，適宜參加上述活動。如因疏忽或體能欠佳，而引致於參加這項活動時傷亡，主辦及資助機構無須負責。並同意主辦單位可在不須本人同意下使用個人資料作活動推廣之用。

#### 參加者簽署：

本人簽署：\_\_\_\_\_

隊友簽署：\_\_\_\_\_

#### 未滿十八歲參加者必須有家長簽署：

家長姓名：\_\_\_\_\_

簽 署：\_\_\_\_\_

#### 回郵地址

姓名：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_