附件1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **中華民國水上救生協會 救生員訓練班入訓測驗 報名表** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 編號 | | |  | | | |
| 貼 相 片 處 | | | | 學 號 |  | | | 性別 | | 女 | 男 | 姓 名 | | 中文 | |  | | | | | 測驗編組 | | | 組 | | |  |
| 血型 | |  | | 英文 | |  | | | | | 水道 | | |  |
| 字 號 身分證 |  | | | | | | | 年月日 出 生 | |  | | | | | 出生地 | |  | | | | | | |
| 學歷 |  | | | | | | 通訊 地 址 | 永久： | | | | | | | | | | | 電 話 | | 公宅 | |  | | | | |
|  | | | | |
| 現職 |  | | | | | | 現在： | | | | | | | | | | | 手機 | |  | | | | |
| 以下資料由招生單位填寫 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 救生員班測驗項目 | | 捷泳、蛙泳各100公尺 | | | | | | | | | | | | | 成績 | | | 分 秒 | | | | | | | | | | |
| 備  註 | |  | | | | | | | | | | | | | 測驗  結果 | | | 不合格 | | | | | | | 合格 | | | |
| 測驗  費用 | | |  | | | | 代辦人簽名 | | |  | | | |
| 理事長 | | |  | | | 總幹事 | | |  | | | | 訓練組 | | | |  | | | 總教練 | | | | | |  | | |

－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **中華民國水上救生協會 救生員訓練班入訓測驗 報到單** | | | | |
| 編號 | 姓名 | 測驗編組 | | 1.測驗日期：年月日(時分)  2.測驗地點：游泳池。  3.測驗時請攜帶泳裝及身分證。  4.報名時繳交報名費200元。 |
|  |  | 組 | 水道 |
|  |  |

**體格檢查項目(參考範本)**

1.視力：兩眼祼視力達○‧六以上者，且每眼各達○‧五以上者，或矯正後兩眼視力達○‧八以上，且每眼各達○‧六以上者。   
2.辨色力：能辨別紅、黃、綠色者。   
3.聽力：能辨別聲響者。   
4.四肢：四肢健全無殘缺者。   
5.活動能力：全身及四肢關節活動靈敏者。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **○○○期救生員學員健康諮訽表(範本)** | | | | | |
| 姓名 |  | | 年齡 |  | |
| 身高 | 公分 | 體重 | 公斤 | 血型 | 型 |
| 緊急聯絡人 |  | 關係 |  | 緊急聯絡人電話 |  |
| 1. 過去一個月來說，您認為您目前的健康狀況是？□很好 □好 □不好  2. 過去一個月來說，您認為您目前的心理健康是? □很好 □好 □不好  3. 過去一個月內，喝酒行為? □不喝酒 □時常喝酒  4. 過去一個月內，您曾在運動過程當中昏倒嗎?　□是　　□否  5. 過去一個月內，常覺得焦慮、憂鬱嗎？□沒有 □很少 □時常  6. 過去一個月內，常覺得胸悶嗎？□沒有 □很少 □時常 | | | | | |
| 最近三年是否患有以下疾病或症狀 | 個人疾病史：勾選您本人曾患過的疾病  □心臟疾病 □哮喘 □暈眩 □高血壓 □腎臟病  □懷孕 □癲癇 □甲狀腺 □血友病 □酒精中毒  □低血壓 □弱視 □糖尿病 □肺結核 □皮膚過敏  □紅斑性狼瘡□過敏(藥物/食物)□心理或精神疾病  □其他 □無 | | | | |
| 最近三年曾經接受過的(重大)手術 | □是­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □無 | | | | |
| 學員簽名 |  | | | | |
| 未滿二十歲且未結婚者須法定代理人簽名 |  | | | | |