

慈恩學校  
2024-2025 年度特殊奧運會註冊運動員

致家長/監護人：

貴子弟獲挑選為特殊奧運會運動員，現需為 貴子弟申請成為特殊奧運會註冊運動員。請家長於 2024年9月16日（一）前填妥以下文件，並繳交註冊費 \$ 20。

1. Form C 「家長同意書」

2. Form D 「醫生證明書」(請選擇其中一項)

鍾卓英醫生到校為本校學生進行週年體檢時代辦。(費用\$ 130)

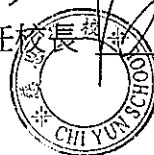
\*若學生為本校宿生已參加體檢服務，無須額外支付\$ 130

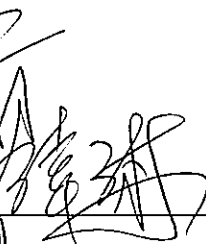
家長可以自行帶 貴子弟到任何醫生診所辦理。

此致

貴家長

慈恩學校署任校長



  
(廖幸琳)

謹啟

二零二四年九月六日

# 中國香港智障人士體育協會 香港特殊奧運會

## 註冊運動員-家長/監護人同意書

(由 1/4/2024 至 31/3/2025)

香港特殊奧運會的使命是為智障人士提供各類型的全年體育訓練及比賽，目的是給予他們不斷的學習機會，從而發揮他們的潛能，表現勇氣；並且希望透過參與運動期間，他們能和家人、朋友及其他運動員分享樂趣，交流經驗和增進友誼。真正的特殊奧運會精神就是尊重運動員的個人資格，成績和保障他們均能在一個公平的環境下進行比賽。

特殊奧林匹克乃經國際奧林匹克委員會正式認可。所有香港特殊奧運會的訓練及比賽事宜則已委託中國香港智障人士體育協會執行，故請代 貴機構學員申辦運動員註冊，以便日後參加由中國香港智障人士體育協會及香港特殊奧運會主辦的活動。

特殊奧林匹克的基本原則：

- (1) 所有香港特殊奧運會的比賽規則均遵照國際特殊奧林匹克的比賽章則進行，以保障運動員的利益；
- (2) 於比賽時，各運動項目均以能力分級，使不同能力的運動員皆有機會參賽和爭取勝利；
- (3) 運動員、教練和家長均應朝著一個方向齊步邁進——就是儘量鼓勵運動員發揮所長，祈望努力達到每一專項的最高水平；
- (4) 最後就是強調運動員在體能、社交、心理、智能和精神等方面的發展。

-----新登記-----

-----新登記-----

-----新登記-----

### 家長/監護人同意書

(新註冊運動員使用)

(由本會填寫)

運動員姓名： \_\_\_\_\_ (中) \_\_\_\_\_ (英)

性別： \_\_\_\_\_ 出生日期： \_\_\_\_\_ (年齡組別：8-15 16-21 22 或以上)

身份證號碼/出世紙號碼(如未取身份證)： \_\_\_\_\_

聯絡電話： \_\_\_\_\_ 出生地點： \_\_\_\_\_

住址(中)： \_\_\_\_\_

所屬學校/機構 \_\_\_\_\_ 負責導師： \_\_\_\_\_

本人同意子弟(\_\_\_\_\_)參加由中國香港智障人士體育協會及香港特殊奧運會主辦之各項訓練及比賽，申請人經由醫生驗身證明其適合參加各項活動，本人亦知道須經常注意申請人之健康狀況，若有任何變化，應由醫生再行檢查，決定是否適合參加 貴會之活動，並將驗身報告之結果立即知會 貴會。活動期間，如遇意外，務請第一時間給予適當處理，此外本人亦同意 貴會可以使用子弟之照片、影像及聲音以協助 貴會之宣傳及籌款工作。

(唐氏綜合症運動員如參加體操、跳水、蝶泳、跳高、足球、滑冰等項目時，均需作頸骨 X 光檢查，由醫生決定可否參加此等項目)。

根據以上各項條件，本人同意子弟參加由中國香港智障人士體育協會及香港特殊奧運會主辦之各項活動，並附上港幣貳拾圓正，請辦理有效期壹年之運動員註冊，以便免費參加特殊奧運會之比賽項目及訓練。

家長/監護人姓名： \_\_\_\_\_ 簽署： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_  
(正楷)

附註：1. 有關申請細則請參閱「24-25 註冊運動員及登記參與者申請細則」。

2. 閣下所提供的資料將會供本會及國際特殊奧林匹克用作處理運動員記錄、統計資料及一切行政工作之用，本會承諾會把有關資料保密。閣下可向運動員所屬之學校/機構查閱及改正所備存有關運動員的資料。

檔案名稱：Form C (24-25 家長同意書(新註冊運動員使用))

**HONG KONG, CHINA SPORTS ASSOCIATION FOR PERSONS WITH INTELLECTUAL DISABILITY  
SPECIAL OLYMPICS HONG KONG**

**MEDICAL CERTIFICATION FORM**

Official Use :

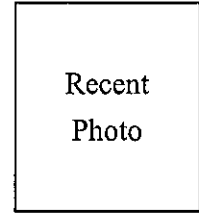
NAME OF ATHLETE:

\_\_\_\_\_ (in Chinese) \_\_\_\_\_ (in English)

SEX: \_\_\_\_\_ BIRTH DATE: D \_\_\_\_ M \_\_\_\_ Y \_\_\_\_

ORGANIZATION: \_\_\_\_\_

Approximate date of last physical examination: \_\_\_\_\_



**PHYSICAL EXAMINATION**

Height: \_\_\_\_\_ Weight: \_\_\_\_\_ Pulse: \_\_\_\_\_ Blood Pressure: \_\_\_\_\_

Vision: \_\_\_\_\_ OD: \_\_\_\_\_ OS: \_\_\_\_\_ Glasses/Contacts: YES ( ) NO ( )

List any metabolic disorders and special diets needed, if any \_\_\_\_\_

	<u>Normal</u>	<u>Abnormal</u>	<u>Diagnosis &amp; Recommendation</u>
Eyes	_____	_____	_____
Ears	_____	_____	_____
Nose	_____	_____	_____
Throat	_____	_____	_____
Heart	_____	_____	_____
Lungs	_____	_____	_____
Abdomen	_____	_____	_____
Extremities	_____	_____	_____
Neurological	_____	_____	_____

Allergies: YES ( ) NO ( ) List \_\_\_\_\_

Hernia: YES ( ) NO ( ) Date of last Tetanus Toxoid \_\_\_\_\_

History of seizures: YES ( ) NO ( ) If yes, type(s) \_\_\_\_\_

Will athlete require medication during Hong Kong, China Sports Association for Persons with Intellectual Disability (HKSAPID) & Special Olympics Hong Kong (SOHK) activities? YES ( ) NO ( ) If yes, please complete:

Name of Medication	Exact Dosage	Intervals (Given How Often)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Restrictions, if any \_\_\_\_\_

I have examined \_\_\_\_\_ and in my opinion, there is/is not\* mental or physical reason why he/she should not participate in the HKSAPID & SOHK Programs. Further information will be forwarded, if required. Special medication, if any, is specified in this application.

\*Please delete as appropriate

**Information provided will be used and kept confidential by the Association.**

Doctor's Signature: \_\_\_\_\_

Print Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Telephone: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_