

**活動報名表 (\*每位參加者必須填寫)**

個人資料 (所有參加者的個人資料，只限於有關上述活動的用途)

姓名：(英文) \_\_\_\_\_ (中文) \_\_\_\_\_ 所屬分隊：\_\_\_\_\_

(\*請以英文正楷書寫，須與身份證明文件相符)

年齡：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 身份證號碼：\_\_\_\_\_

護照號碼：\_\_\_\_\_ 護照有效日期：\_\_\_\_\_

就讀年級/職業：\_\_\_\_\_ 語言： 廣東話  普通話  英語  其他：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

電郵地址：\_\_\_\_\_

聯絡電話：(日間) \_\_\_\_\_ (晚間) \_\_\_\_\_ (手提) \_\_\_\_\_

	XS-S	S	M	M	L	L-XL	XL	XL	XLL	XLLL
<b>Bust (inches)</b>	32.5	33.5	34.5	35.5	36.5	38	39.5	41	43	45
<b>Waist (inches)</b>	24	25	26	27	28	29.5	31	32.5	34.5	36.5
<b>Hip (inches)</b>	34.5	35.5	36.5	37.5	38.5	40	41.5	43	45	47
<b>Bust (cm)</b>	82.5	85	87.5	90	92.5	96.5	100.5	104	109	114
<b>Waist (cm)</b>	61	63.5	66	68.5	71	75	79	82.5	87.5	93
<b>Hip (cm)</b>	87.5	90	93	95	98	101.5	105.5	109	114	119

T-恤尺寸：\_\_\_\_\_

**健康狀況**

有否服藥習慣? 答： 有  無

如有，請寫上藥物名稱：\_\_\_\_\_

在過往三年內曾否患有嚴重的疾病? 答： 有  無

如有，請寫上疾病名稱：\_\_\_\_\_

在過往三年內曾否入院留醫? 答： 有  無

有否患有長期性之疾病 (如：糖尿病、癲癇症等)? 答： 有  無

如有，請寫上疾病名稱：\_\_\_\_\_ 醫生之特別指示：\_\_\_\_\_

有沒有食物敏感? 答： 有 (請註明：\_\_\_\_\_)  無

**緊急聯絡人**

姓名：\_\_\_\_\_ 關係：\_\_\_\_\_

日間聯絡電話：\_\_\_\_\_ 手提電話：\_\_\_\_\_

地址(如與以上地址不同)：\_\_\_\_\_

**參加者對是次活動的期望**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (若不敷應用，請自行加入附頁)

**聲明**

本人已詳閱以上各項資料，亦明白和同意所有細則，茲證明本人在本表格內填寫的各項內容均屬正確。

簽署：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

總部專用	
現金/支票\$ _____ 銀行 _____	負責人簽署 _____
支票號碼 _____ 收據號碼 _____	日期 _____