

屏東縣學生校外生活輔導會 書函

地址：900屏東市建國路25-1號
聯 絡 人：彭永信
電 話：08-7538585
傳 真：08-7535819
電子郵件：moept008@gmail.com

受文者：屏東縣立鶴聲國民中學

發文日期：中華民國114年1月10日

發文字號：屏輔字第1140100031號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：報名表、家長同意書、保險人員名冊 (114A000081_1_10160748151.odt、
114A000081_2_10160748151.pdf、114A000081_3_10160748151.ods)

主旨：檢送本會辦理113學年第2學期友善校園暨拒毒打詐空氣槍
射擊體驗活動，詳如說明，請查照。

說明：

一、依據114年學生校外生活輔導實施計畫辦理。

二、為協助推展本縣青少年生涯探索號計畫及友善校園多元反
毒打詐教育課外體驗活動，設置空氣槍射擊體驗基地，鼓
勵本縣高、國中學生參加。

三、旨揭報名及活動相關資訊如下：

(一)報名時間：即日起至114年2月21日止，報名表收件至114
年3月7日止。

(二)活動時間：自114年5月19日(一)起至6月6日(五)止，共
計開放14場體驗場次，額滿截止。

(三)活動地點：屏榮高中空氣槍射擊體驗基地。

(四)費用：免費。

四、請各校鼓勵所屬報名參加，每校一次最多30人為限，學生
須年滿14歲(含)以上，並請於114年3月7日前將報名表(含

帶隊老師簽名PDF檔)及保險人員名冊回傳電子信箱
phu00210@gmail.com，另家長同意書於活動當日繳交主辦
單位存查。

五、相關活動經費由本會114年「學生校外生活輔導實施計畫」
項下經費支應。

六、本活動有編列交通經費，各參與學校如有遊覽車需求，可
逕洽活動聯絡窗口：

(一)聯絡人：國立內埔農工歐陽志明主任教官。

(二)聯絡電話：0980-905220。

七、遇有2間(含)以上報名同場次衝突時，以電子郵件接收報名
表優先順序採納，同時由聯絡窗口電聯該報名學校，並完
成妥適安排。

正本：屏東縣高中職校、屏東縣國中學校

副本：屏東縣學生校外生活輔導會、屏東縣政府教育處(學生事務科)



屏東縣學生校外生活輔導會

PTC 屏東射擊體驗基地

填寫前注意事項：

- 1、請填入學校全名、聯絡老師的姓名、電話及參加人數。
- 2、上午場次(09:00-12:00)、下午場次(13:00-16:00)。
- 3、同場次僅限一所學校，限額 30 人(共計 14 個體驗場次，請於 5/19 至 6/6 區間填註)。
- 4、聯絡窗口：內埔農工歐陽志明主任教官 0980-905220。
- 5、參加學生需年滿 14 歲（含）以上。

日期	上午場次(09:00-12:00)	下午場次(13:00-16:00)
範例	森林國中 王大銘 0912345678 30 人	
5/19 (一)		
5/20 (二)		
5/21 (三)		
5/23 (五)		
5/26		

(一)		
5/27 (二)		
5/28 (三)		
5/30 (五)		
6/2 (一)		
6/3 (二)		
6/4 (三)		
6/6 (五)		
師長簽名：		

屏東縣聯絡處PTC射擊體驗教室
家長同意書暨自我身心健康檢查表

我（正楷填寫姓名）_____接受屏東縣聯絡處PTC射擊體驗教室課程所存在之某些風險。我瞭解課程採取自發性選擇挑戰（Challenge by Choice）的理念，當本人認為不適合從事任何一項活動時，我有不參與的決定權利，並同意尊重他人相同的決定。我同意參與活動過程中，不貶低、漠視或輕視團隊中的任何一位成員；而且，我也同意支持他人、為了自己或團隊益處給予與接受正面及負面的回饋。

我瞭解本人如有任何生理上的限制：包括頸部、背部、心臟疾病、高血壓、糖尿病、氣喘、癲癇者、最近動過的手術等，都有知會屏東縣聯絡處PTC射擊體驗教室體驗課程之工作人員的責任。

我同意在參加訓練課程期間，遵照授課師資所有的安全指示，並聲明：若因無遵照正常操作所帶來的傷害，與授課師資無關。

若在活動期間發生之意外或引發疾病，本人同意接受緊急醫療照顧。

根據上述，本人同意參加本次體驗課程。

您有任何生理條件（包括暫時或永久性）的限制嗎？ ☐有 ☐沒有

若有，請說明：_____

☐近期內運動傷害症狀：_____

請您列出其它我們須要注意的事項：_____

※請問經過評估後您認為自己是否可以參加戶外探索體驗課程？ ☐是 ☐否

本人同意授權活動舉辦單位使用或複製所有關於本人參與課程期間被拍攝之照片、攝影、錄音資料，作為教學及研究之用途。（不同意，請勾選） ☐不同意
學校：_____、年級_____班級_____

參加者簽章：_____日期：_____

家長／監護人簽章：_____日期：_____

113學年第2學期「友善校園暨拒毒打詐空氣槍射擊體驗活動」保險人員名冊

項次	學校	姓名	出生日期	身分證字號	監護人/家人	監護人電話
001						
002						
003						
004						
005						
006						
007						
008						
009						
010						
011						
012						
013						
014						
015						
016						
017						
018						
019						
020						
021						
022						
023						
024						
025						
026						
027						

028						
029						
030						