



**活動報名表**  
(請使用正楷字體，並限以黑色或藍色油墨的筆書寫)

**1. 活動資料**

今天日期 \_\_\_\_\_

活動名稱 / 課程 ID	活動地點	活動日期	備選 活動日期	費用金額

若有獎學金和財務援助問題，請找娛樂休閒場地主任。

總計：

**2. 參加者資料**

女      男      非二元性別      兒童      青少年      成人      長者

姓名 \_\_\_\_\_  
   名    中間名    姓

地址 \_\_\_\_\_  
                                 街道                                  公寓號碼                                  城市                                  州                                  郵遞區號

電話 \_\_\_\_\_ 電郵 \_\_\_\_\_  
                         住家電話                          工作電話                          手機

年齡 \_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_\_\_ 學校 \_\_\_\_\_ 年級 \_\_\_\_\_

種族/族裔： 非裔美國人/黑人      美國印第安人/阿拉斯加原住民      亞裔/亞裔美國人  
                                 西語裔/拉美裔      夏威夷原住民/太平洋島人      白人      多種族

**3. 家長/主要照顧者 (若參加者未滿 18 歲)**

女      男      非二元性別

家長/監護人姓名 \_\_\_\_\_  
   名    中間名    姓

地址 \_\_\_\_\_  
                                 街道                                  公寓號碼                                  城市                                  州                                  郵遞區號

電話 \_\_\_\_\_ 電郵 \_\_\_\_\_  
                         住家電話                          工作電話                          手機

出生日期 \_\_\_\_\_ 與兒童的關係 \_\_\_\_\_

(設立帳戶必填)

種族/族裔： 非裔美國人/黑人      美國印第安人/阿拉斯加原住民      亞裔/亞裔美國人  
                                 西語裔/拉美裔      夏威夷原住民/太平洋島人      白人      多種族

**4. 醫療資訊 (參加者)**

醫生 \_\_\_\_\_ 診所電話 \_\_\_\_\_  
   醫生    診所    非上班時間

醫療保險公司 \_\_\_\_\_ 保單編號 \_\_\_\_\_

請說明醫療或特別需求： 過敏症  藥物  身體限制  飲食限制

—兩面均需填寫—

