

# 財團法人愛盲基金會

## 114 年愛盲高雄城市大冒險

嘿！你準備好迎接 2025 年暑假的城市闖關冒險了嗎？

充分運用你的勇氣、智慧與團隊合作，組成隊伍參加為期三天的城市探索

我們將帶領你在南台灣的第一大城—高雄完成一系列激動人心的闖關任務

解鎖高雄這座城市的每個角落，讓我們一起來一場不同尋常的暑假冒險！

**壹、活動時間：**於 114 年 8 月 6 日（三）至 8 月 8 日（五），共計 3 天 2 夜。

**貳、活動地點：**高雄地區

**參、活動方式：**

- ◆ 在高雄地區進行三天兩夜的冒險闖關活動，從北到南將南台灣的第一大城走透透，運用團隊的力量突破重重關卡。將成員分為四人一隊，共三隊，全程須需要由小隊成員討論闖關路線，並由四人一同完成任務。
- ◆ 三天兩夜的交通費、住宿、餐費皆為本會提供！

**肆、活動獎勵：**本活動採積分完賽制，依照每隊自己完成關卡分數給予每隊完賽獎品。

**伍、招收對象：**

- ◆ 高中至大學，學籍與居住地於南區(嘉義、台南、高雄、屏東)之在學視障生。(須持有視覺障礙手冊及學生證，若為今年畢業生無學生證者，則須具備畢業證書)。
- ◆ 高中三年級應屆畢業生至大學生優先錄取，後續依來電報名順序錄取高中生。

**陸、報名方式：**

- ◆ 即日起開放線上表單或傳真進行報名，3 月 14 日中午 12 點截止，3 月 15 日通知錄取，未錄取不另行通知。
- ◆ 線上報名表單網址：<https://forms.gle/KNCPdp2YUPHP1AeG8>
- ◆ 活動將以四人一隊進行，可四人組隊或個人報名，組隊者全員皆完成表單填寫才算報名成功（本會保留分隊權力）

**柒、活動費用：**

- ◆ 報名者需繳交一千元保證金，活動全程參加結束後，將全額退回。臨時取消或中途退賽者保證金不予退回，且不得領取活動獎品。

- ◆ 確認錄取後請於3月21日中午12點前，親臨本會繳款或以郵寄現金袋方式繳清，未於期限內完成繳納，視為自動放棄資格，由後續名額遞補之。

背面還有說明

## 捌、注意事項

- ◆ 請依照本會規定進行報名，並考量個人體力及健康狀況，若身體有需要特別注意的情況，請補充說明。
- ◆ 確定報名成功後需簽妥家長同意書、受訪同意書。活動過程中跟拍攝影，影音及照片將用於本會非商業用途之相關宣傳。
- ◆ 活動過程中會需要使用智慧型手機進行路程的規劃，請務必要有智慧型裝置。
- ◆ 請攜帶身心障礙手冊、健保卡、悠遊卡/博愛卡、個人藥品。
- ◆ 請準備防曬用品，如乳液、遮陽帽、太陽眼鏡、方便攜帶之水壺等。

## 玖、活動聯絡人：

愛盲基金會社工員 莊宜婷、黃柏瑜、朱婉婷

聯絡電話：07-3229320#17、15、18

地址：80757 高雄市三民區博愛一路 366 號 9 樓



附件二 報名表

114年愛盲高雄城市大冒險

|                                          |                                                                                                                                                                                       |                                                       |                                                                                                     |      |  |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--|
| 姓名                                       |                                                                                                                                                                                       | 性別                                                    |                                                                                                     | 出生日期 |  |
| 障礙類別/等級                                  | <input type="checkbox"/> 視障(併 _____ )<br><input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度                             |                                                       |                                                                                                     |      |  |
| 連絡電話                                     | 室內：_____ 手機：_____                                                                                                                                                                     |                                                       |                                                                                                     |      |  |
| 視力狀況                                     | 1. 左眼： <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 低視能 說明：_____<br>2. 右眼： <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 低視能 說明：_____                                  |                                                       |                                                                                                     |      |  |
| 就讀學校/年級                                  |                                                                                                                                                                                       |                                                       |                                                                                                     |      |  |
| 通訊地址                                     |                                                                                                                                                                                       |                                                       |                                                                                                     |      |  |
| 緊急連絡人                                    | 姓名：_____ 電話：_____ 關係：_____                                                                                                                                                            |                                                       |                                                                                                     |      |  |
| 餐飲                                       | <input type="checkbox"/> 葷 <input type="checkbox"/> 素 飲食注意事項_____                                                                                                                     |                                                       |                                                                                                     |      |  |
| 健康及服藥狀況                                  | <input type="checkbox"/> 健康良好無特殊用藥情況<br><input type="checkbox"/> 有其它疾病，請說明：<br>1. 疾病名稱_____<br>2. 藥物名稱及服藥時間_____<br>3. 服藥是否需要協助 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |                                                       |                                                                                                     |      |  |
| 是否上過重建課程？                                | 生活自理                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 大概多久前上的課？                                                                                           |      |  |
|                                          | 定向行動                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |                                                                                                     |      |  |
| 是否有獨立外出經驗                                | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                                                                                                                 | 外出行動的方式                                               | <input type="checkbox"/> 人導法 <input type="checkbox"/> 用手杖行動<br><input type="checkbox"/> 不需要人導也不需要手杖 |      |  |
| 是否會使用點字                                  | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                                                                                                                 | 是否需要使用觸摸地圖                                            | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                               |      |  |
| 請回答下列問題，讓我們更認識你/妳：                       |                                                                                                                                                                                       |                                                       |                                                                                                     |      |  |
| 1. 想來報名「114年高雄城市大冒險夏令營」的原因：_____         |                                                                                                                                                                                       |                                                       |                                                                                                     |      |  |
| 2. 請介紹自己，讓我們認識你：_____                    |                                                                                                                                                                                       |                                                       |                                                                                                     |      |  |
| 3. 對於這個活動，你最擔心或害怕的是什麼？覺得可以如何克服？<br>_____ |                                                                                                                                                                                       |                                                       |                                                                                                     |      |  |
| 同組組員姓名(若無即毋需填寫):                         |                                                                                                                                                                                       |                                                       |                                                                                                     |      |  |
| ★備註事項：(如有特殊注意事項，請詳述於下方空白處，如過敏與用餐注意事項等)   |                                                                                                                                                                                       |                                                       |                                                                                                     |      |  |