



身心障礙水中復健運動(一)

快樂游泳 - 肢體復健

課程內容：學員在物理治療師及游泳教練協助下，藉由水的壓力、浮力，於遊戲中進行肢體復健運動，減輕其於地面復健時之不適並增進復健意願。

對象：1~18歲身心障礙者 (設籍、就學地或實際居住臺北市，腦性麻痺者優先)

名額：8-12名 (額滿為止)

地點：洛德城堡親水園區(台北市汀州路3段160號底)

日期：3/05(三)、3/12(三)、3/19(三)、3/26(三)、4/9(三)、4/16(三)、4/23(三)、4/30(三)、5/7(三)、5/14(三)、5/21(三)、5/28(三)
週三下午14:30-16:30 共12堂課

報名方式：填妥報名表，傳真 (02)2831-7929

或來電報名 (02)2831-7222 #236 李庭皓 社工

報名費：新生2200元 請先來電詢問是否尚有名額

(會員、曾參與水療課程及低收入戶費用另計)

保證金：500元(全勤、請假一次者保證金於結業式全數退還，缺席二次以上依比例酌收100、250、500元保證金，並開立捐款收據)

繳費方式：現場繳費或郵政劃撥；劃撥帳號 -16380438

戶名-中華民國腦性麻痺協會 (請註明：水中運動)

※注意事項:中途退出課程，前三堂依比例退款，課程進行到第三堂課(3/19)過後將不予退費。

注意事項：

- 1.報名者需進行前、後測評估(時間另行通知)
- 2.參加學員須有一位家長陪同
- 3.敬請全程參與，請假者請於課程前1日告知活動負責人
- 4.上課請自備個人泳具(泳帽、泳鏡、泳圈、浮板..等等)
- 5.活動中拍攝之照片、影片，僅作為非營利範圍使用，報名者視為同意上述說明

補助單位：台北市政府社會局
中華社會福利聯合勸募協會
主辦單位：中華民國腦性麻痺協會
協辦單位：洛德城堡親水園區





報名表(一)

姓名：_____ 出生年月日：_____ 障別/等級：_____

身分證字號：_____ (保險用)

是否為本會會員 是 否

※ 是否參加過水療相關課程；

是(請繼續填寫→) 協會辦理 (曾參加過一年兩年三年四年(含以上))

其他單位

否

聯絡人：_____ 關係：_____

E-Mail：_____

聯絡方式：(H)_____ (手機)_____

通訊地址：_____

上課陪同者姓名：_____ 身分證字號：_____ (保險用)

陪同者出生年月日：_____ 若為外籍人士請註明國籍_____

補助單位：

台北市政府社會局

中華社會福利聯合勸募協會

主辦單位：中華民國腦性麻痺協會

協辦單位：洛德城堡親水園區



洛 | 德 | 城 | 堡
ROAD CASTLE





身心障礙

水中復健運動(二)

課程內容：本課程有具豐富經驗的物理治療師及游泳教練，藉由水的壓力、浮力，於遊戲中進行肢體復健運動，減輕其於地面復健時之不適並增進復健意願，讓孩子在遊戲中快樂學習開心復健。

對象：1~18歲身心障礙者 (設籍、就學地或實際居住臺北市，腦性麻痺者優先)

名額：8-12名 (額滿為止)

地點：中山運動中心 (台北市中山北路2段44巷2號)

日期：3/1(六)、3/8(六)、3/15(六)、3/22(六)、3/29(六)、4/12(六)
4/26(六)、5/10(六)、5/17(六)、5/24(六)、5/31(六)、6/7(六)
週六下午15:00-17:00 共12堂課

快樂游泳 - 肢體復健

報名方式：填妥報名表，傳真 (02)2831-7929

或來電報名 (02)2831-7222 #236 李庭皓 社工

報名費：新生2200元 請先來電詢問是否尚有名額

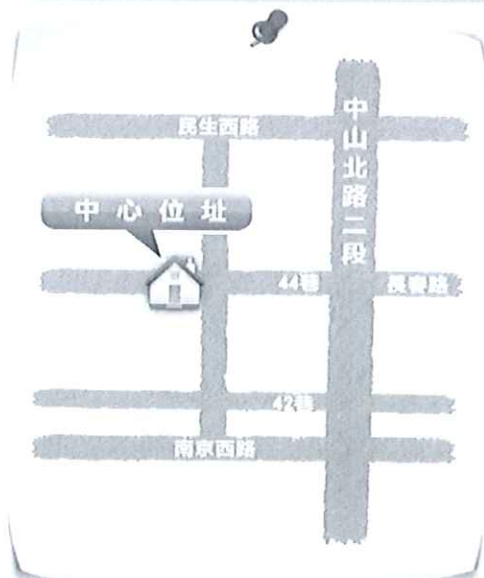
(會員、曾參與水療課程及低收入戶費用另計)

保證金：500元(全勤、請假一次者保證金於結業式全數退還，缺席二次以上依比例酌收100、250、500元保證金，並開立捐款收據)

繳費方式：現場繳費或郵政劃撥；劃撥帳號 -16380438

戶名-中華民國腦性麻痺協會 (請註明：水中運動)

※注意事項:中途退出課程，前三堂依比例退款，課程進行到第三堂課(3/15)過後將不予退費。



注意事項：

- 1.報名者需進行前、後測評估(時間另行通知)
- 2.參加學員須有一位家長陪同
- 3.敬請全程參與，請假者請於課程前1日告知活動負責人
- 4.上課請自備個人泳具(泳帽、泳鏡、泳圈、浮板..等等)
- 5.活動中拍攝之照片、影片，僅作為非營利範圍使用，報名者視為同意上述說明

補助單位：台北市政府社會局

中華社會福利聯合勸募協會

主辦單位：中華民國腦性麻痺協會

協辦單位：中山運動中心



中華民國腦性麻痺協會
THE CEREBRAL PALSY ASSOCIATION OF R.O.C.

報名表(二)

姓名：_____ 出生年月日：_____ 障別/等級：_____

身分證字號：_____ (保險用)

是否為本會會員 是 否

※ 是否參加過水療相關課程；

是(請繼續填寫→) 協會辦理 (曾參加過一年兩年三年四年(含以上))

其他單位

否

聯絡人：_____ 關係：_____

E-Mail：_____

聯絡方式：(H)_____ (手機)_____

通訊地址：_____

上課陪同者姓名：_____ 身分證字號：_____ (保險用)

陪同者出生年月日：_____ 若為外籍人士請註明國籍_____

補助單位：

台北市政府社會局

中華社會福利聯合勸募協會

主辦單位：中華民國腦性麻痺協會

協辦單位：中山運動中心



公益彩券盈餘分配基金

