



用愛化礙 攜手同行
身心障礙孩童復健暨家庭服務計畫



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

腦性麻痺動作發展與輔具大解密

為了能提昇長期接受復健的身心障礙者及其家屬正確使用輔具觀念，實際在輔具中心操作體驗各種輔具，帶你認識常用及常錯用輔具，教你如何選用輔具及相關輔具資訊，讓日常生活輔具發揮最大效益。



5月24日(星期日) | 上午9-12時

講師

楊忠一

新北市輔具資源中心主任
殘盟輔具委員會委員
台灣大學醫學院物理治療學系臨床專家
陽明大學物理治療暨輔助科技學系講師級專業技術教師

交通資訊

新北市輔具資源中心 (新北市蘆洲區集賢路245號9樓)

搭捷運 | 捷運蘆洲線徐匯中學校2號出口右轉至集賢路，步行至中心約10分鐘

搭公車 | 尼加拉瓜公園站: (於本中心大樓旁) 816、811、紅9

徐匯中學校: (至本中心還需步行300公尺) 11、39、221、225、229、232、264、306、508、662、704、藍1

報名資訊

課程對象 | 身心障礙家庭(優先)或一般民眾皆可報名參加，講座招收40人，敬請把握機會!

報名方式 | 至協會網站下載報名表並傳真至02-2831-7929 或E-mail至duckcute75@gmail.com
並於匯款保證金後來電通知確認報名成功。

報名費用 | 免費，報名繳交保證金500元，全程參與者當日全額退費，為保障學習權益，活動一周前因故取消沒收保證金並開立捐款收據。

匯款方式 | 郵政劃撥至16380438中華民國腦性麻痺協會 (註明輔具講座保證金，避免誤認一般捐款)

備註：

一、主辦單位保留修改活動細節權利。

二、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之說明。

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

補助單位：



臺北市公益彩券盈餘分配基金補助



腦性麻痺動作發展與輔具大解密

報名表

姓名：_____ 連絡電話：_____

E-mail：_____

通訊地址：(寄送本會活動資訊)

身分證字號：_____ 出生年月日：_____年_____月_____日 (保險用)

身分別：身心障礙者家庭 特教老師(特教通報網) 一般民眾

輪椅：無 有，_____位

您曾經使用的輔具有哪些？

想要了解哪些輔具資訊？

個人資料使用聲明同意書

您好，中華民國腦性麻痺協會(以下稱本會)非常重視您的個人資料保護，因此我們制訂了個資保護聲明，我們於運用您的個人資料均遵守中華民國「個人資料保護法」相關要求，請您閱讀本聲明，以瞭解您的相關權益：

1. 當您提供您的個人資料(含姓名、身分證字號、電話及住址等資料，下稱個人資料)時，您的個人資料會被我們蒐集並受到安全的保護，我們會將您所提供資料於本會作為客戶管理、統計調查與分析、資訊與資料庫管理之執行、處理及利用等用途。
2. 您同意本會以您所提供的個人資料用以確認您的身份、並與您進行聯絡、並提供您本會之行銷服務資訊，以及合於其他隱私權保護政策規範之使用方式。
3. 您依據個人資料保護法第3條規定，就本公司所蒐集、處理及利用之個人資料，享有查詢或請求閱覽、請求製給複製本、請求補充或更正、請求停止蒐集、處理或利用、請求刪除之權利。若您欲行使前開權利，請來電02-2831-7222我們於接獲通知後會儘速與您聯絡處理。但因本公司依法令執行職務或業務所必需者，本公司得拒絕之。
4. 我們保留您個人資料的期限，以完成本個資使用聲明所載目的所必要的期間為準，但若法律要求或許可更長的期間，則不在此限，而以該法律所規定更長的期間為準；另您可自由選擇是否提供本會您的個人資料，但若您所提供之個人資料，經檢舉或本會發現不足以確認您的身分真實性或冒用、盜用、資料不實等情形，或者您選擇不提供個人資料時，本會有權暫時停止提供對您的服務，若有不便之處敬請見諒。
5. 您瞭解本聲明書符合個人資料保護法及相關法規之要求，具有書面同意本會得依本聲明內容蒐集、處理及利用您的個人資料之效果；您所提供的資料，將依據本會資訊安全政策及規範提供最嚴格的管理及保護。
6. 您同意參加本會於活動或是研習期間所進行之拍攝、攝影等所有肖像權歸屬於本會，本會得於不侵犯個人權利及非營利範圍內，無償使用。

同意簽名 _____