



# HONG KONG CHINA SWIMMING ASSOCIATION

Unit L, 9/F, MG Tower, 133 Hoi Bun Road, Kwun Tong, Kowloon

Tel: (852) 2572 8594 Fax: (852) 2591 0792 E-mail: info@hkgswimming.org.hk Web-site: www.hkgswimming.org.hk

## 二零二三年香港跳水教練訓練班(水上及陸上) - 初級

### 報名表格

姓名：(英文) \_\_\_\_\_ (中文) \_\_\_\_\_

出生日期(日/月/年)： \_\_\_\_\_ 年齡： \_\_\_\_\_ 性別： \_\_\_\_\_ 香港身分證號碼或護照號碼： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

聯絡電話： \_\_\_\_\_ 傳真： \_\_\_\_\_

電郵地址： \_\_\_\_\_

是否擁有泳總所發出之跳水教練證書：(如有，請列明及呈交副本)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

是否擁有跳水經驗, 例如曾參加本地或海外跳水比賽：(如有，請列明)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 申請人須知

我聲明：我的健康及體能良好，適宜參加是此活動。本人確認絕對知悉參加此項活動的危險，並同意承受所有這些危險。如果我因本人的疏忽或健康或體能欠佳，而引致於參加這項活動時傷亡，中國香港游泳總會及康樂及文化事務署則無須負責。本人明白如對本身的身體狀況有懷疑，應於參加此活動前，徵詢醫生的意見。

如有任何緊急事情，請代通知：

姓名： \_\_\_\_\_ 電話號碼： \_\_\_\_\_ 關係： \_\_\_\_\_

申請人姓名： \_\_\_\_\_ 申請人簽署： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

屬會授權人姓名： \_\_\_\_\_ 屬會授權人簽署： \_\_\_\_\_

屬會名稱： \_\_\_\_\_ 屬會蓋印： \_\_\_\_\_

填妥表格後，請連同證件相片一張，身分證或護照副本，支票一張及回郵信封一個親身交至或寄回中國香港游泳總會，地址：香港九龍觀塘海濱道133號萬兆豐中心9/F L室。請註明『跳水初級教練課程』

**截止報名日期：2023年12月11日(星期一)**