**財團法人羅慧夫顱顏基金會**

2017自由冒險城市挑戰營

* 活動日期：三天兩夜 105/07/04 (二)-105/07/06 (四) 宜蘭縣羅東鎮
* 活動成果發表會：7/23 (日) 13:00 橙講堂 (台北市大安區信義路四段341號8樓)
* 參加對象：

國中至大學之先天性顱顏患者為優先，手足採後補(需符合年齡範圍)

* 參加名額：32人(額滿為止，名額有限請儘速報名)
* 報名費：每人3000元，手足4000元，家庭經濟困難者出示相關證明，通過社工評估酌收半價報名費1500元。
* 活動內容：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **7/4 勇氣之章** | **7/5 團隊之章** | **7/6 關懷之章** |
| 城市歷奇 小隊探險  美食特搜 | 小隊競賽  戶外野炊  露營活動 | 收集擁抱  小組時間  快樂返家 |

**報名方式：**

1. 親自報名：前往基金會辦公室或北部長庚醫院顱顏門診，親洽社工報名

2. 轉帳報名：(兩日內請傳真轉帳或匯款憑證及報名表，未傳真視同無名氏捐款)

代號009 (彰化銀行-敦化分行)

帳號5272-51-29640-2-00 (挑戰營匯款專戶)

戶名：財團法人羅慧夫顱顏基金會

3. 報名截止日：即日起至106.06.16(五)止(郵戳為憑，額滿為止)

4. 連絡資訊：王珮蓉 社工 信箱：[joanne814@nncf.org](mailto:joanne814@nncf.org)

電話：(02)2719-0408 轉230 傳真：(02)2712-8002

基金會地址：105台北市松山區民生東路四段54號7樓708室

**注意事項：**

1. 繳費後因故無法參加者，可於6/27前持收據退費，需酌收二成手續費；活動前一週內(即6/27-7/4)才告知無法參加者，不予退費，以患者名義捐款。
2. 若因天候或不可抗拒之外力因素（如颱風、地震等），7/4宜蘭宣佈停班停課時，主辦單位得酌情順延活動日期至7/23(日)- 7/25(二)。

2017自由冒險城市挑戰營活動報名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 生日 | 年　　月　　日 | | | | | 性別 | ○男　○女 |
| 年級 |  | 身份證字號  （辦保險用） | | | |  | | | |
| 診斷 | ○唇裂 ○顎裂 ○唇顎裂 ○小耳症(單/雙側) ○其他顱顏疾病 | | | | | | | | |
| 個人資料 | 參與者手機:  E-mail: | | | | | | | | |
| 需注意之處 | 孩子的個人特質、生理狀況等需注意事項  (如：身體狀況、用藥、生活習慣、行為表現、人際互動等) | | | | | | | | |
| 聯絡人姓名 |  | 關係 |  | | 行動電話 | | |  | |
| 聯絡地址 |  | | | | | | | | |
| 報名方式 | ○ 親洽 ○ 匯款，匯款日期: / / ，帳號後五碼: | | | | | | | | |
| 繳費明細 | 實繳 元 | | | 餐點狀況 | | | ○ 葷 ○ 素 | | |
| 參加人員 | ○自己一人 ○手足共同參與(採後補，年齡為小六～升高三) | | | | | | | | |
| 手足姓名： 　 與患者關係：  生日： 年 月 日 年級：  參與者手機: 身份證字號： e-mail:  餐點狀況：○ 葷 ○ 素 | | | | | | | | |