

# 社團法人台灣愛克曼兒童及青少年體驗學習協會函

地址: 高雄市鳳山區文德里文龍東路 779 號 10 樓

聯絡人: 周文婕

電話: 07-7685585、0963325523

傳真: 07-7686357

電子信箱: ace.yes@msa.hinet.net

**受文者: 全國各大專院校**

發文日期: 中華民國 104 年 04 月 16 日

發文字號: (104)台愛字第 10400033 號

附件: 活動海報及報名表

主旨: 檢送本會辦理「愛克曼體驗學習-ACE 引導員初階自我突破訓練」活動海報及報名表, 詳如說明, 請 查照。

說明:

- 一、該活動提升學生服務知能, 請 貴校處室、系所協助公告張貼。
- 二、請 貴校各處室、系所推薦學生參加並酌予補助費用。
- 三、相關活動內容, 請洽主辦單位(報名網址: <http://www.beclass.com/> 搜尋愛克曼)。

正本: 高雄醫學大學、長榮大學、嘉南藥理大學、稻江科技暨管理學院、大仁科技大學、東海大學、靜宜大學、正修科技大學、樹德科技大學、國立屏東科技大學、國立高雄大學、遠東科技大學、銘傳大學、國立高雄第一科技大學、美和科技大學、高雄應用科技大學、中國文化大學、國立高雄師範大學、國立高雄餐旅大學

副本: 社團法人台灣愛克曼兒童及青少年體驗學習協會

理事長 徐光俞

# 愛克曼體驗學習—ACE引導員自我突破訓練

你願意接受挑戰，給自己更多成長空間，激發更多未發掘的潛能  
你願意投入服務兒童及青少年行列，成為自己及別人生命中的天使

☆ 主辦單位：社團法人台灣愛克曼兒童及青少年體驗學習協會

★ 活動時間：104年05月23-24日（兩天一夜）

☆活動地點：高雄市探索體驗學園（高雄市岡山區二高路特壹號，台17線207K）

★參加對象：18歲以上的學生、社會青年、對服務有熱忱者。

☆報名費用：2400元（擇一）☐學生及本會會員 享8折優惠 ☐於5/03前繳費 享9折優惠

★報名方式：網路報名網址：<http://www.beclass.com/> 搜尋"愛克曼"。將報名表以傳真、電郵方式寄送

☆繳費方式：郵局劃撥帳號：42244511（請於5/18前完成繳費才算報名完成並來電確認匯款）

戶名：社團法人台灣愛克曼兒童及青少年體驗學習協會

★聯絡人：文婕 07-7685585 傳真：07-7686357

E-mail：[ace.yes@msa.hinet.net](mailto:ace.yes@msa.hinet.net)

Web：<http://www.ackerman.org.tw/>

☆帶領者：徐仲欣（體驗學習專業帶領者）、愛克曼協會團隊

\*行前通知於活動前三天以E-mail或電話方式通知

☆活動內容

| 自我突破訓練 day1 |           | 自我突破訓練 day2 |         |
|-------------|-----------|-------------|---------|
| 活動主題        | 活動內容      | 活動主題        | 活動內容    |
| 報到          | 高雄市探索體驗學園 | 中低空活動體驗     | 中低空繩索課程 |
| 相見歡         | 認識活動、目標設定 | 高空活動體驗      | 攀降課程    |
| 平面體驗活動      | 攜帶式器材體驗課程 | 心情彩繪        | 反思與回饋   |
|             |           | 賦歸          |         |
| 夜間體驗活動      | 自我挑戰課程    | —           |         |
| 夜間分享        | 反思與回饋     |             |         |
| 夜寢          |           |             |         |

# 愛克曼體驗學習 ACE 引導員

親愛的夥伴您好：

當您決心要踏上體驗學習引導員的旅程，在啟程前，請填妥下面資訊，以確保您在活動中的安全！本協會鄭重保證這些資料將被保密。

| 第一部份基本資料區                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                       |      |              |            |                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------|------------|--------------------------------------------------------------|
| 姓 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                       | 體 型  | (體重)<br>(身高) | 公 斤<br>公 分 | 性 別<br><input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 身份證字號                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                       | 出生日期 |              |            | 血 型                                                          |
| 學校-年級-科系<br>工作-職稱                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                       | 連絡電話 | (日)<br>(夜)   |            | 飲 食<br><input type="checkbox"/> 葷 <input type="checkbox"/> 素 |
| 報名身分                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 成人 <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 本會會員                                 |      |              |            |                                                              |
| 報名費用(請擇一)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 2400 元 <input type="checkbox"/> 本會會員及學生享 8 折優惠 <input type="checkbox"/> 於 5/03 前繳費 享 9 折優惠   |      |              |            |                                                              |
| 電子信箱                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                       |      |              |            |                                                              |
| 通訊地址                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                       |      |              |            |                                                              |
| 如何得到此資訊                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                       |      |              |            |                                                              |
| 緊急連絡人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                       | 關係   |              | 電話         | (日)<br>(夜)                                                   |
| 第二部份醫療用藥紀錄                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                       |      |              |            |                                                              |
| 健康狀況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 其它：說明 _____<br>(若有特殊疾病或過敏請詳細說明並自備藥物) |      |              |            |                                                              |
| 1. 請問您現在有服藥嗎？..... <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是<br>如果有，請描述吃什麼樣的藥和是什麼樣的狀況需要服藥： _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                       |      |              |            |                                                              |
| 2. 您有任何過敏症狀、藥物反應或是其他的用藥限制嗎？..... <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是<br>如果有，請說明： _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                       |      |              |            |                                                              |
| 3. 過去這幾年來你有動過重大手術嗎？..... <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                       |      |              |            |                                                              |
| 4. 請問您現在仍在手術後的後續追蹤療養嗎？..... <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是<br>如果有，請說明： _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                       |      |              |            |                                                              |
| 5. 請問您過去是否有下列疾病？..... <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 心肌衰竭 <input type="checkbox"/> 血壓過高或高血壓 <input type="checkbox"/> 胸痛或胸悶 <input type="checkbox"/> 中風<br><input type="checkbox"/> 心悸 <input type="checkbox"/> 心跳有雜音 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 癲癇<br><input type="checkbox"/> 任何不能從事較費力活動的病症 <input type="checkbox"/> 其他身心狀況<br>*如果上述疾病您有任何一項打勾的話，請提供其他的訊息： _____ |                                                                                                                       |      |              |            |                                                              |
| 6. 請列出其它我們需要注意的事項： _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                       |      |              |            |                                                              |
| 第三部分 參與者聲明(活動當天簽章)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                       |      |              |            |                                                              |
| 我清楚參加本會活動有機會發生嚴重的傷害、甚至死亡的風險，以上所提供的這些醫藥訊息是可信、正確且完整的，而且我已經詳細閱讀過注意事項。我瞭解若我對這些訊息有所隱瞞，我願意放棄所以法律上追訴權力。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                       |      |              |            |                                                              |
| 參與者簽名： _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                       |      | 今天的日期： _____ |            |                                                              |