

正 本

中華民國腦性麻痺協會 函

地 址：111 台北市士林區中正路 420 號 2 樓
電 話：02-28317222 傳 真：02-28317929
聯絡人：鄭賀夷 分機：210

受文者：如正本

發文日期：中華民國 102 年 5 月 3 日
發文字號：腦麻字第 1020073 號
速別：一般
密等及解密條件或保密期限：普通
附件：身心障礙水中復健運動課程簡章

主旨：檢送本會辦理「身心障礙水中復健運動」簡章乙份，詳如說明，懇請 貴局代為轉發至縣市內各國民小學學校輔導室，請 鑒核。

說明：

一、針對設籍台北市的腦性麻痺及其他身心障礙者肢體復健、自理訓練等，本會將於 6 月份辦理「身心障礙水中復健運動」課程，說明如下：

(一) 活動日期：6/08(六)、6/15(六)、6/22(六)、6/29(六)、7/13(六)、7/20(六)、7/27(六)、8/03(六)、8/10(六)、8/17(六)、8/24(六)、8/31(六)。

(二) 活動時間：(六)15:00~17:00。

(三) 地點：臺北市中山運動中心

(台北市中山北路二段 44 巷 2 號)

(四) 相關訊息請參閱簡章或上網站(www.cplink.org.tw)查詢

(五) 活動聯絡人：鄭賀夷(2831-7222 分機 210)

二、請 貴局協助轉發縣市內各國民小學輔導室，供身心障礙學生及其家長得知活動訊息並參加，若蒙應允，無任感荷。

正本：台北市政府教育局、新北市政府教育局、桃園縣政府教育局、基隆市政府教育處
副本：

理事長 卓 碧 金

特殊教育科 102/05/03 14:38



121020025668 無附件



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

身心障礙水中復健運動

-快樂游泳 - 肢體復健 - 自理訓練-

SWIMMING

對象：4~14歲身心障礙者

(設籍台北市市民，腦性麻痺者優先)

名額：12名 (額滿為止)

地點：中山運動中心

(104 臺北市中山區中山北路二段44巷2號)

日期：6/08(六)、6/15(六)、6/22(六)、6/29(六)、7/13(六)、
7/20(六)、7/27(六)、8/03(六)、8/10(六)、8/17(六)、
8/24(六)、8/31(六)。

時間：(六)15:00~17:00

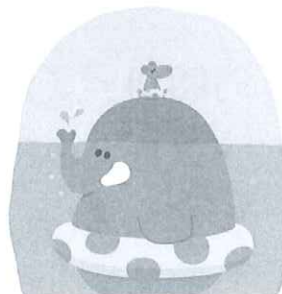
【課程內容】

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。

【課程費用】

非會員2200元 (會員、101年度曾參與水療課程及低收入戶費用另計)

請先來電詢問是否尚有名額，電話 (02)2831-7222#210鄭小姐



注意事項：

- 1.報名者需進行前、後測評估(時間另行通知)
- 2.敬請全程參與，請假者請於課程前1日告知活動負責人
- 3.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

指導單位: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

姓名：_____ 出生年月日：_____ 障別/等級：_____

身分證字號：_____ (保險用) ※ 是否參加過水療相關課程；☐是 ☐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) 出生年月日：_____