



家庭會籍申請表

申請者曾經成為本中心會員 (如適用請✓)

I. 主卡人資料 (必須為 6-24 歲成員)

會籍成員人數 (包括主卡人)：	人	會員證號碼：(由職員填寫)
主卡人中文姓名：	主卡人英文姓名：	
出生日期：	年 月	出生地點：
性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
學校/職業：	教育程度：	
住址 (必須填寫中文住址)：		
通訊地址 (如與上址不同)：		
聯絡電話：(住宅)	(手提)	
電郵地址：		
經濟狀況： <input type="checkbox"/> 領取綜援家庭 <input type="checkbox"/> 全額津貼家庭 <input type="checkbox"/> 低收入家庭 (半額津貼或其他) (申請會籍時提供證明可免會費)		
緊急聯絡人姓名：	關係：	電話：

II. 會籍成員資料(不包括主卡人)

姓名		與申請人關係	性別	出生日期		願意成為義工 ✓	聯絡電話	會員證號碼 (由職員填寫)
中文	英文			年	月			

- 本人已明白現加入東華三院屯門綜合服務中心成為會員，清楚知道中心服務申請、退出及一般使用服務之守則(詳情可參閱通訊之服務守則)，並願意遵從；同時，本人可根據中心提供之服務資訊，作出選擇。
- 本人同意日後接收由中心發出的活動通訊，或相關社區資訊。
- 本人同意由申請日起 3 年有效期內，本人及共同申請家庭會籍成員同意每年自動更新至新會員年度。

本人及共同申請家庭會籍成員的健康狀況是否需要特別照顧？(如心臟病、哮喘、食物敏感等)

是(請向翻後頁填寫「健康申報表」) 否

申請人/家長簽署：

(須年滿 18 歲或以上)

申請日期：

備註：

1. 本中心根據個人資料(私隱)條例，你所提供的個人資料，是本中心提供服務時使用；並且在有需要轉介其他服務時，提供予有關機構/部門。有關你的個人資料將被保密處理。
2. 請下載東華義工資訊平台 APPS 收取有關義工資訊，並可於 APPS 查看個人義工時數。

職員專用

已核對申請人身份證明文件

經手職員姓名：_____ 經手職員簽署：_____ 日期：_____

是否已電郵會員證 是 否 (發送電郵日期：_____)

共收費用：\$_____ 收據編號：_____

健康申報表

為保障閣下之安全，現誠邀閣下填寫健康申報表，以協助職員能瞭解各參加者的身體狀況以便調較合適的活動內容，資料保密，只供職員參考。

健康申報：請在適當的地方填上「✓」號：

申報項目	會員姓名					
	1.	2.	3.	4.	5.	6.
1. 過去三年中，有否患上嚴重病歷？	<input type="checkbox"/> 有 (請註明：_____) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有 (請註明：_____) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有 (請註明：_____) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有 (請註明：_____) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有 (請註明：_____) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有 (請註明：_____) <input type="checkbox"/> 否
2. 有否患上長期疾病，如哮喘、心臟病…….	<input type="checkbox"/> 有 (請註明：_____) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有 (請註明：_____) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有 (請註明：_____) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有 (請註明：_____) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有 (請註明：_____) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有 (請註明：_____) <input type="checkbox"/> 否
3. 參加者需長期服用藥？	<input type="checkbox"/> 有 (請註明：_____) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有 (請註明：_____) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有 (請註明：_____) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有 (請註明：_____) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有 (請註明：_____) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有 (請註明：_____) <input type="checkbox"/> 否
4. 參加者有否對食物敏感？	<input type="checkbox"/> 有 (請註明：_____) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有 (請註明：_____) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有 (請註明：_____) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有 (請註明：_____) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有 (請註明：_____) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有 (請註明：_____) <input type="checkbox"/> 否
5. 參加者有否對其他物品有過敏反應？	<input type="checkbox"/> 有 (請註明：_____) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有 (請註明：_____) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有 (請註明：_____) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有 (請註明：_____) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有 (請註明：_____) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有 (請註明：_____) <input type="checkbox"/> 否
6. 參加者需長期服用精神科藥物？	<input type="checkbox"/> 有 (請註明：_____) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有 (請註明：_____) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有 (請註明：_____) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有 (請註明：_____) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有 (請註明：_____) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有 (請註明：_____) <input type="checkbox"/> 否
7. 參加者需特別照顧？	<input type="checkbox"/> 有 (請註明：_____) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有 (請註明：_____) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有 (請註明：_____) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有 (請註明：_____) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有 (請註明：_____) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有 (請註明：_____) <input type="checkbox"/> 否
8. 其他	<input type="checkbox"/> 有 (請註明：_____) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有 (請註明：_____) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有 (請註明：_____) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有 (請註明：_____) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有 (請註明：_____) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有 (請註明：_____) <input type="checkbox"/> 否

聲明：

- 本人提供上述之健康申報乃完全正確。
- 本人明白活動可能牽涉體能運動並確定參加者之健康狀況適宜參加貴中心活動。

申請人/家長簽署：
(須年滿 18 或以上)

日期：

輸入至 YMS 系統同事簽名：

輸入日期：

輸入至 YMS 系統同事姓名：