跳水理念
DIVING CONCEPTS

2016-17 跳水競賽 新秀組

課程編號	組別	地 點	開課日期	上課時間
KP-N2017	新秀組-九公	九龍公園彈網室	逢星期二	下午 6:00-8:00
		九龍公園室內泳池	逢星期六	上午 11:00-13:00
	每週不少於4小時訓練（跳水池 或 彈網室 等）		或 *逢星期日*	*上午 10:00-12:00*

(需按照每月實際場地租用情況爲準.)

目　　的：課程旨在推廣及普及跳水運動,讓有興趣的人士能享受跳水運動的樂趣達到基本競賽級.

所有學員以完成一套動作 爲目標, 參加 2017年 3月19日 香港新秀跳水錦標賽

參加資格：年齡七歲或以上, 男女均可.
完成跳水初階 或 已經完成相關跳水訓練班之人士

服　　裝：游衣 T恤 汲水布 及 清潔拖鞋 技巧鞋

費　　用：**新秀組 每月 $900-**

報名辦法：請填妥下表,於課堂當日交當席教練報名.

查　　詢：課程總監 Gordon Sir : **98506623 Whatsapp 53622988**

網　　頁：www.diving-concepts.com　　**或網上報名**

收據	
	學員姓名
	上課月份
	交表日期
	費用 **$900-**
	收款人姓名
	收款人簽署

跳水理念 2017年 跳水競賽 新秀組

課程編號: KP-N2017

地點：九龍公園 | 上課月份 | 啓蒙教練 | 費用 $900-

中文姓名 | | | | | | 出生月年 月 年

英文姓名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
（姓氏在前 Surname first））

性別 □男 □女　　就讀學校 _____ 地區: _____ (上午 / 下午 / 全日)

Whatsapp No. _____ _____ ***必須提供,以便通訊**

聯絡電話 (日) | | | | | | | | | | (晚) | | | | | | | |

緊急聯絡人姓名 _____ 緊急聯絡人電話 _____

下列聲明需由家長或監護人簽署.

我_____ 參加者姓名 在此聲明於活動期間,我當緊守貴會導師指引及訂明的規例.同時我亦不會因參加貴會課程/活動所引致的任何損失,或受傷而向貴會或貴會職員追討責任賠償.

家長/監護人姓名(中文) | | | | | | | 簽署 _____

日期 / /

收表日期 _____ 收款人簽署 _____ 收費金額 _____ 收據編號 _____ (/)

備註:申報之個人資料只供作本會作紀錄 /通訊 /比賽呈報之用，如欲更改或查詢,請與本會職員聯繫會計 _____