



## 2024 玉山國家公園 Youth Camp 家長同意書

### 米亞桑戶外中心

MIASAN OUTDOOR CENTER

此文件為活動同意書，內容中關於內政部國家公園署玉山國家公園管理處（以下簡稱玉管處）委託米亞桑戶外國際有限公司（以下簡稱米亞桑）所提供之服務與內容，以及個人要具備的事項，請務必詳細的閱讀以下內容來確保個人之權利與義務。

- 一、父母（或監護人）同意參與者參加由玉管處主辦，米亞桑承辦之**2024 年玉山國家公園 Youth Camp**」活動，並了解活動地點為玉山國家公園的塔塔加遊憩區及玉山主峰線，參與者本次參與活動日期為：  
☐ 113 年 7 月 07 日起至 7 月 09 日  
☐ 113 年 7 月 10 日起至 7 月 12 日  
☐ 113 年 8 月 18 日起至 8 月 20 日  
☐ 113 年 8 月 21 日起至 8 月 23 日
- 二、米亞桑所提供之活動與課程皆以戶外為主軸之活動，舉凡：登山、健行、野炊課程、野外維生課程、輕量化課程、與搭乘運輸工具等活動，皆有其不安全與潛在之風險，無法確保個人在活動過程中之遭遇的風險，可能使其個人與團隊遭受到身體受傷、身體永久傷害與心靈上之創傷及死亡。
- 三、米亞桑嚮導團隊皆有受過美國野外急救（Wilderness First Responder）之訓練，協助活動過程中之傷患治療與送醫的後續處置，並且隨身攜帶初階醫療急救包，以協助第一時間與到院前之救護處置。
- 四、因活動在塔塔加遊憩區及玉山主峰線進行，許多不可避免自然因素如：下雨、雷擊、地震、颱風、水災、土石流、溪水暴漲與其他自然界所產生之危險；個人因素如：跌倒、帶領人員以經驗做出之決策、高山症、運動傷害、失溫、中暑與其他個人產生之不安全，本處無法避免上述之危險。米亞桑嚮導團隊會以專業之態度與精進個人之技術，來減低其不可避免因素之危險，以提高活動之安全，但大自然之變化是無法以人為因素來完全避免，需讓參與者先行知道。
- 五、父母（或監護人）同意米亞桑嚮導團隊在參加本活動的參與者身體感到不舒適的情況下，給予一般的照護性處置（緊急包紮、外傷處理），而當疾病或傷害有生命危險的狀況下，父母（或監護人）同意由米亞桑在請求專業的緊急醫療人員進行協助、運送與救護動作，並且同意在必要的狀況下由專業的醫療單位給予適當的醫療行為。
- 六、如果參與者的相關身體與心理狀況有任何變化，參與者願意知會主辦單位相關人員，並在必要時接受相關專業與醫療等協助。
- 七、對於本次活動課程的體能需求，參與者願意於活動前自行進行適度體能訓練，承擔身

體適應的責任。

八、參與者同意米亞桑在本次活動中得以照相機或攝影機進行活動過程與個人的影像與聲音的紀錄，並得以無償使用在本次活動中的所有個人影像、聲音、文字與姓名，包括由玉管處及米亞桑以任何形式進行的出版、發行、展覽與推廣環境教育之各種用途，參與者願意放棄相關的所有版權與報酬。

九、參與者瞭解此份同意書是在任何意外狀況發生之前就已經簽署，並且願意授與米亞桑或者相關緊急醫療單位進行最適當決策與處置的完整權利。

十、個人報名米亞桑活動是自願報名，無強迫與外在壓力脅迫，且確認所填寫之健康調查表內容無誤。

十一、本次活動皆投保參與者：活動首日投保 200 萬旅平險、20 萬意外醫療險、10 萬緊急救援、25 萬個人賠償；活動第 2 日及第 3 日投保登山綜合保險：登山死亡及失能 200 萬、登山醫療 20 萬(實支實付)及登山緊急救援費用 50 萬元。惟上述保險僅適用園區內的參與學員；三天活動之保險含學員自首日出門到解散當天返家之可能風險。未滿 15 足歲者，配合保險法 107 條條文修正，自實施日(110 年 12 月 1 日)起之新契約銷售、核保或續保時累計核算同業喪葬費用保險金額，最高以 61.5 萬為限。若累計總額已達或超過保險法第 107 條規定之限額，則保險公司拒絕旅平險、登山綜合險承保含喪葬費用保險金。

☐ 同意上述所列之事項（同意請打勾），了解米亞桑所提供之服務與個人之權利與義務。

本次參加活動日期：

☐ 113 年 7 月 07 日起至 7 月 09 日

☐ 113 年 7 月 10 日起至 7 月 12 日

☐ 113 年 8 月 18 日起至 8 月 20 日

☐ 113 年 8 月 21 日起至 8 月 23 日

本次參加活動之名稱：2024 年玉山國家公園 Youth Camp

參與者簽名：\_\_\_\_\_ 參與者身分證字號：\_\_\_\_\_

（未滿 18 歲需父母或監護人同意簽名）

參與者之監護人簽名：\_\_\_\_\_ 參與者之監護人身分證字號：\_\_\_\_\_

填表日期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日



## 2024 年玉山國家公園 Youth Camp 身體健康調查表

米亞桑戶外中心

MIASAN OUTDOOR CENTER

本活動因營隊為期三天二夜，行程包含高海拔登山健行活動，體能強度負荷較高，為確保參加學生之身體安全、健康，請詳填下表，並慎重考慮參加者之身體負荷程度。

營隊之登山訓練課程，「凡患有心臟病、氣喘、心律不整、習慣性脫臼、骨折、骨骼疾病、高血壓、癲癇症、糖尿病、急猝病症、其他慢性疾病者，請勿參加。若有違者，如發生意外事故，應自行負擔全部責任。」我們無法提供登山訓練課程給有上述狀況之學員參加，敬請見諒。

|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 生理狀況                                  | (請勾選) <input type="checkbox"/> 一切正常 <input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 其他視覺障礙 <input type="checkbox"/> 聽覺障礙 <input type="checkbox"/> 肢體障礙<br><input type="checkbox"/> 其他_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 曾患特殊疾病                                | <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 心血管疾病 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 眩暈 <input type="checkbox"/> 地中海貧血 <input type="checkbox"/> 僧帽瓣脫垂 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 習慣性流鼻血 <input type="checkbox"/> 蠱豆症 <input type="checkbox"/> 小兒麻痺 <input type="checkbox"/> 曾有重大手術 <input type="checkbox"/> 曾有肢體骨折<br><input type="checkbox"/> 無法劇烈運動<br><input type="checkbox"/> 過敏症(請說明如何過敏_____)<br><input type="checkbox"/> 藥物過敏(何種藥物_____)<br><input type="checkbox"/> 食物過敏(何種食物_____)<br><input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 以上皆無 |
| 隨身攜帶藥物                                | 藥品名稱：<br>用途：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 特殊疾病需注意事項                             | 說明：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 最近是否曾受過傷                              | <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有說明：<br>有重大手術或有肢體骨折，請詳述部位以及發生日期等詳情，沒有上述情形請填寫 "無"                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 登山經歷及運動習慣                             | <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有，說明：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 以上是我(參與者)本人_____ (全名) 填寫，沒有任何隱瞞並照實填寫。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 監護人簽名：_____ (未滿 18 歲需父母或監護人同意簽名)      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 填表時間：_____ 年 _____ 月 _____ 日          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |