



Application for Operation Unicorn 2015/05

Part A – Application by Cadet – Use Clear BLOCK CAPITALS

Unit _____ Rank _____ Serial No _____

Surname _____ Given Name _____

Flat _____ Floor _____ Block _____ Building _____

Estate _____ No and Name of Street _____

Area _____ Hong Kong Kowloon New Territories

Contact No _____ Email Address _____

Date of Birth _____ Place of Birth _____ Sex Male Female

Passport No _____ Date of Issue _____ Place of Issue _____

Contact in Case of Emergency _____ 24-Hr Contact No _____

Email Address _____ Fax _____

Participant's Declaration

I understand that the course may involve physical exercise and adventurous training, and agree that the Hong Kong Air Cadet Corps and its members shall not be responsible for accidents or injuries, if any, occur to me during the training. I declare that I have no health problem which prevents me from participating in the above course.

All fees paid are not refundable or transferable.

Date _____ Applicant's Signature _____

Consent by Guardian or Parent Responsible for Cadets under 18 Years of Age

I give my permission for the cadet named above to fly in military and civilian aircraft during the Course and to take part in the programmed activities of the hosting country. I also give permission for the cadet to given any necessary surgical treatment during the Exchange. The Hong Kong Air Cadet Corps and its members shall not be liable for any injury or death which the cadet may suffer in this course/activity, if the cause of injury or death is due to his/her negligence or inadequacy in health and fitness.

Signature of Guardian/ Parent _____

Name of Guardian/ Parent _____

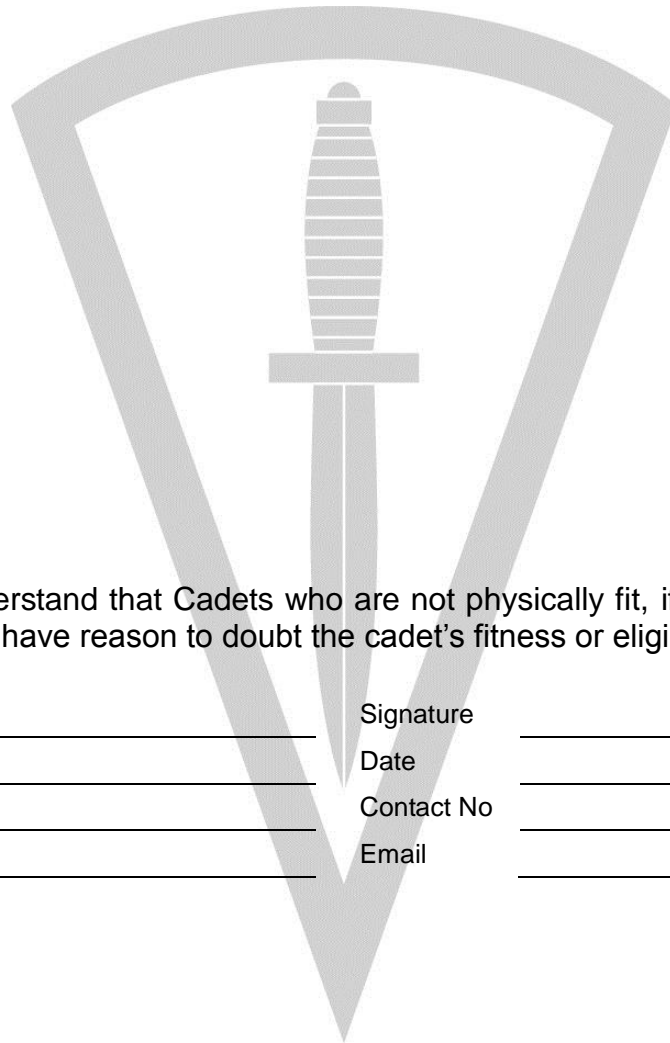
Date _____ Contact No _____

All personal data will be kept and managed according to the Corps' Personal Data (Privacy) guidelines.



Part B – Cadet Unit Commander’s Report and Certificate

Comments on the candidate’s personal qualities, command of English, physical fitness (if applicable) and any special requirements.



Certificate

I certify that I understand that Cadets who are not physically fit, if at any time before the course starts I have reason to doubt the cadet’s fitness or eligibility.

Name	_____	Signature	_____
Rank	_____	Date	_____
Post	_____	Contact No	_____
Serial No	_____	Email	_____



(必須整份填寫)

體能活動適應能力問卷

PAR-Q(修訂版—2011年2月)

經常進行體能活動不但有益身心，而且樂趣無窮，因此，愈來愈多人開始每天多做運動。對大部分人來說，多做運動是很安全的。不過，有些人則應在增加運動量前，先行徵詢醫生的意見。如果你計劃增加運動量，請先回答下列7條問題。如果你介乎15至69歲之間，這份體能活動適應能力問卷會告訴你應否在開始前諮詢醫生。如果你超過69歲及沒有經常運動，請徵詢醫生的意見。普通常識是回答這些問題的最佳指引。請仔細閱讀下列問題，然後誠實回答：
請答「是」或「否」

是	否	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. 醫生曾否說過你的心臟有問題，以及只可進行醫生建議的體能活動？
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. 你進行體能活動時會否感到胸口痛？
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. 過去一個月內，你曾否在沒有進行體能活動時也感到胸口痛？
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. 你曾否因感到暈眩而失去平衡，或曾否失去知覺？
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. 你的骨骼或關節(例如脊骨、膝蓋或髖關節)是否有毛病，且會因改變體能活動而惡化？
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. 醫生現時是否有開血壓或心臟藥物(例如 water pills) 給你服用？
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. 是否有其他理由令你不應進行體能活動？

一條或以上答「是」

如果你的答案是：
在開始增加運動量或進行體能評估前，請先致電或親身與醫生商談，告知醫生這份問卷，以及你回答「是」的問題。
你可以進行任何活動，但須在開始時慢慢進行，然後逐漸增加活動量；又或你只可進行一些安全的活動。告訴醫生你希望參加的活動及聽從他的意見。
找出一些安全及有益健康的社區活動。

全部答「否」

如果你對這份問卷的全部問題誠實地答「否」，你有理由確信你可以：
開始增加運動量——開始時慢慢進行，然後逐漸增加，這是最安全和最容易的方法。
參加體能評估——這是一種確定你基本體能的好方法，以便你擬定最佳的運動計劃。此外，亦主張你量度血壓；如果讀數超過144/94，請先徵詢醫生的意見，然後才逐漸增加運動量。

延遲增加運動量：

如果你因傷風或發燒等暫時性疾病而感到不適——請在康復後才增加運動量；或
如果你懷孕或可能懷孕——請先徵詢醫生的意見，然後才決定是否增加運動量。

請注意：如因健康狀況轉變，致使你隨後須回答「是」的話，便應告知醫生或健身教練，看看應否更改你的體能活動計劃。

體能活動適應能力問卷來源：The Canadian Society for Exercise Physiology

本人已閱悉、明白並填妥本問卷。本人的問題亦已得到圓滿解答。
本人謹此聲明：本人經醫生檢查後，證明本人的身體狀況適宜參加香港航空青年團歷奇活動課舉辦的訓練課程及/或活動。本人如在訓練課程及/或活動中受傷或死亡，香港航空青年團歷奇活動課無須負責。

姓名 _____ 團員編號 _____ 日期 _____

簽署 _____ 家長或監護人簽署
(適用於18歲以下的參加者)

- 備註：
- 你提供的資料，只作證明本人的身體狀況適宜參加香港航空青年團歷奇活動課舉辦的訓練課程及/或活動之用。遞交問卷後，如欲更正或查詢個人資料，請與歷奇活動課聯絡。
 - 如果在上述問卷中有一個或以上「是」的答案，即表示你的身體狀況可能不適合參與有關活動。故為安全起見，請你先行諮詢醫生的意見；並須在參加歷奇活動課舉辦的訓練課程及/或活動時出示醫生紙，證明你的身體狀況適宜參與有關訓練課程及/或活動。如未能出示醫生紙，將不獲受理。
 - 如因健康狀況轉變，致使你隨後對上述的任何問題的回答轉為「是」的話，則本問卷即告無效。
 - 如你拒絕填寫此問卷，有關參加歷奇活動課舉辦的訓練課程及/或活動將不獲受理。此問卷由填寫當日起計一年內有效；如在一年有效期後，須再次填寫此問卷。



HEALTH CONDITION DECLARATION 健康狀況聲明

Name of Member

團員姓名 _____

Serial No

團員編號 _____

If it cannot be confirmed and declared that the Member is free from any medical concerns, please tick one or more of the following choices that best describe the relevant medical concerns, and feel free to provide further information you consider appropriate.

若閣下不能確認及聲明上述團員並沒有任何健康問題，請在以下一項或多項最能描述上述團員健康狀況的選擇上以剔號表示，並在適當情況下提供進一步資料。

Neurological 神經系統

- History of epilepsy, fits or blackouts
癲癇、肌肉抽搐或昏厥
- History of migraine 偏頭痛
- History of psychiatric illness 精神病

Otorhinolaryngological 耳鼻喉

- Acute otitis media or external
急性中耳或外耳炎
- Chronic suppurating otitis media
慢性化膿性中耳炎
- Scarred ear-drum 耳膜損傷
- Sinusitis 鼻竇炎

Abdomen 腹部

- Abdominal operation within the last month
月內曾進行腹部手術
- Colostomy 結腸造口
- Other significant abdominal conditions
其他嚴重腹部毛病

Endocrine and Drugs 內分泌及藥物

- Diabetes 糖尿病
- Under treatment by antihistamines, tranquilizers, or decongestant drugs, or any type of drugs with side effects that could affect alertness and judgment 正接受抗組織胺、鎮靜劑或通鼻塞藥物，或其他影響警覺性及判斷藥物的治療

Respiratory 呼吸系統

- Acute respiratory conditions
嚴重呼吸系統問題
- Bronchitis 支氣管炎
- Asthma 哮喘 (Please provide further information 請提供進一步資料)
Frequency and severity of attacks
發作頻率及程度： _____
Date of last attack 上次發作日期： _____
Treatment required 所需治療： _____

Cardiovascular 心臟及循環系統

- Cardiac illness 心臟毛病
- Hypertension 高血壓

Visual 視力

- Acute Myopia 深度近視
- Visual field limitation or unocular vision
視野障礙或單眼

Locomotor 運動系統

- Limitation of limb or hand movement
肢體或手部活動障礙

Others 其他

- Allergic to Drugs 對藥物敏感
(Type of Drug 藥物種類)： _____
- Allergic to Food 對食物敏感
(Type of Food 食物種類)： _____
- Other conditions not mentioned on this page
其他在本頁未曾敘述症況： _____

Further Information 補充資料 (If appropriate 如適用)



DECLARATION 聲明

I/We hereby declare that to the best of my/our knowledge and belief the information contained in this *Health Condition Declaration* is true and complete in every aspect. The Hong Kong Air Cadet Corps is authorized to contact the Member's physician for further verifications if necessary.

本人/我們謹此聲明就本人/我們所知本 *健康狀況聲明* 上所提供的資料乃正確齊全。香港航空青年團有權就上述資料向上述團員的醫生要求核實。

FAMILY PHYSICIAN 家庭醫生

If requested by HQ HKACC, Family Physician's endorsement
若香港航空青年團總部要求，須由家庭醫生簽署

I certify that, to the best of my knowledge, _____ (member's name) does/ does not suffer from any of the diseases or disabilities listed in this Declaration.

就本人所知，_____ (團員姓名) 患有/ 沒有本聲明上所述疾病或殘障，特此核實。

Additional Comments 補充資料 (If any 如適用) : _____

Name of Physician 醫生姓名 _____	Signature 簽名 _____
Address 地址 _____	
Telephone 電話 _____	Date 日期 _____

CONTACT PERSON IN CASE OF EMERGENCIES 遇上緊急事故時的聯絡人

Name 姓名 _____	Telephone 電話 _____
Address 地址 _____	

I/We understand and accept that the information given in this Health Condition Declaration will be used by the Hong Kong Air Cadet Corps and other authorized persons or entities related to the running of its activities and administration of its affairs.

本人/我們明白並同意香港航空青年團及其授權的人仕及單位，有權使用以上提供的資料，作為舉辦該團隊活動及處理該團隊事務之用途。

Member's Signature 團員簽署 _____	Date 日期 _____
----------------------------------	------------------

If the member is under 21 years of age 如團員為二十一歲或以下

Parent's/Guardian's Signature 家長/監護人簽署 _____	Date 日期 _____
Parent's/Guardian's Name 家長/監護人姓名 _____	

Remarks by HQ HKACC 香港航空青年團總部批註