

# 2024青春琪聚服務學習營

## 服務新視界 活動簡章

看不見或看不清楚的感覺是什麼？

導盲犬好可愛，但視障者的生活是什麼樣子？視障者是不是只能做按摩的工作？

在路上看到視障者，我要怎麼幫助他們呢？

來~跟著見賢思琪一起來認識視障者，讓我們一起籌畫一場視障者的服務行動吧！！

- 一、主辦單位：財團法人見賢思琪社會福利公益基金會
- 二、活動日期：113.01.28(日)~113.01.30(二) 三天兩夜需全程參與  
(1/28 早上 8:50 前於見賢思琪基金會集合)
- 三、活動地點：見賢思琪基金會(台北市萬華區艋舺大道 101 號 2 樓)  
台北市視障者家長協會 (台北市萬華區梧州街 36 號 4 樓)
- 四、參與對象：國三及高中職青少年(15-19 歲)
- 五、活動費用：免費(包含住宿及餐食)。
- 六、住宿地點：凱達大飯店(台北市萬華區艋舺大道 167 號)
- 七、報名日期：即日起至 113.01.19(五)止，額滿將提前截止。
- 八、報名連結：<https://forms.gle/m7Zizr46fKjGcHqh7>
- 九、注意事項：



報名 QR code

1. 全程參與服務學習的學員，將提供服務學習證明時數。
2. 線上報名後，請於 113.01.24(三)前完成服務學習線上課程及測驗，並回傳家長同意書，始得完成報名。
  - (1)線上課程網址：<https://youtu.be/4XEi8eERLrM>
  - (2)線上課程測驗網址：<https://forms.gle/diKDu75REBKHSxRs7> (測驗成績須達 80 分)
  - (3)家長同意書連結：<https://reurl.cc/Ny3MYe> (請回傳於下方本會聯繫資訊)
3. 本會聯繫資訊：蔣芳琪社工 電話：02-2308-0608 傳真：02-2321-2968  
E-mail：[chi@grandvision.org.tw](mailto:chi@grandvision.org.tw)
4. 本會將於活動前一周 mail 寄發活動通知，請參與同學務必收 mail。

十、活動內容：

日期	活動內容
1/28(日)	團隊相見歡與凝聚、視障者認識、視障者服務行動規畫
1/29(一)	視障者服務行動規畫、視障者服務行動執行、回饋反思、團體討論
1/30(二)	成果發表籌備、成果發表、頒發證明

(以上內容主辦單位保有依照活動狀況進行部分調整之權利)



財團法人 見賢思琪 社會福利 公益基金會

# 2024服務學習培訓營

## 青春琪聚

# 服務新視界

113.1.28日~1.30日 三天兩夜

團隊凝聚、認識視障者  
視障者的服務行動設計與執行、成果發表

參加對象：15-19歲青少年(國三~高三)  
費用：免費  
報名日期：即日起至113.01.19(五)止  
(額滿提前截止)

※本培訓營將提供服務時數證明

報名表連結





## 2024 青春琪聚服務學習營 服務新視界 家長同意書

親愛的家長您好，本會辦理「青春琪聚 服務新視界」服務學習培訓營活動，

相關訊息如下：

一、主辦單位：財團法人見賢思琪社會福利公益基金會

二、活動日期：113. 01. 28(日)~113. 01. 30(二)

三、活動地點：

(一)集合地點：見賢思琪基金會（台北市萬華區艋舺大道 101 號 2 樓）

(二)服務地點：台北市視障者家長協會（台北市萬華區梧州街 36 號 4 樓）

四、住宿地點：凱達大飯店(台北市萬華區艋舺大道 167 號)

五、參與對象：國三~高中職青少年(15-19 歲)。

六、費用：免費

七、活動說明：

(一)集合時間為 113. 01. 28(日)，**早上 8:50** 於見賢思琪基金會集合；活動結束預計為 113. 01. 30(二)下午 4:30，解散地點為見賢思琪基金會。

(二)活動過程中請自備**環保餐具、水壺**等，基金會不提供一次性餐具。

(三)為維護參與人員的健康，活動現場須配合工作人員進行各項措施(量體溫、定期洗手、環境消毒)；身體不適者請盡速告知工作人員。

---

茲同意\_\_\_\_\_ (子女姓名) 參與見賢思琪基金會辦理 113. 01. 28~113. 01. 30 之「青春琪聚 服務新視界」服務學習培訓營。

同意並授權拍攝者財團法人見賢思琪社會福利公益基金會拍攝、修飾、使用、公開展示參與學員之肖像(含照片、影像及聲音)，由拍攝者使用於青少年服務學習宣傳影片。且同意上述著作(內含上述授權之肖像)由財團法人見賢思琪社會福利公益基金會就該攝影著作享有完整之著作權。

依現行法規調整，未成年人投保皆須提供法定代理人資料，方可辦理旅平險投保。

是否同意提供**法定代理人**姓名、身分證字號及生日作為投保使用

同意，家長姓名\_\_\_\_\_、家長身分證字號\_\_\_\_\_、家長生日\_\_\_\_\_

不同意本會協助投保旅平險。

同意人

(請簽名)

中 華 民 國

年

月

日