

**【罕見家園】感統多感官~音樂遊戲團體課程**

許多罕見疾病病童常因遺傳、染色體異常、內分泌疾病等原因造成發展遲緩、肢體動作學習及協調困難等情形，因此復健需求幾乎是每個罕病家庭的必做功課，有鑒於此本會邀請物理治療師、職能治療師、音樂治療師，透過活動帶領課程，在課程中學習探索環境，利用遊戲的方式，增進動作協調能力、感覺統合及人際技巧訓練，並藉由音樂的刺激幫助孩子的腦部發展，有助於舒緩及控制情緒，以促進整體發展。

**報名資訊**

1. 上課時間：2024年2/24、3/2、3/16、4/13、4/27、5/11、5/25，每隔周六下午13:30~16:30，共計7堂課。**第一堂為初次評估和體驗課程，後續依孩子能力分班上課。**
2. 上課地點：罕見家園（306 新竹縣關西鎮東平里9鄰小東坑7之6號）。
3. 對象：3~12歲可了解指令且其需早療復健加強之學齡期罕病兒童
4. 招收人數：8～12名病友(每位病友需有1位陪同學習之家屬)
5. 費用：免費
6. 報名時間：自即日起至**2024年2月7日** 截止。
7. 報名方式：請填妥報名文件，傳真或email至本會，並請來電確認(03)547-5528分機1008

 醫療服務曾專員。傳真：(03)547-5580，E-mail：wh10@tfrd.org.tw

1. 注意事項：
* 此為連貫性課程不開放單堂報名，以能全程出席的學員優先，敬請見諒。
* 為保障病友活動安全，請於報名時填妥「**報名表**」及「**安全同意書**」，未填寫者視同未完成報名手續。
1. 課程內容：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **時間** | **課程名稱** | **地點** |
| 13:10-13;30 | 報到~ | 感統教室 |
| 13:30~14:50 | 感統多感官 | 感統教室 |
| 14:50-15:10 | 點心時間 | 團體諮商教室 |
| 15:10~16:30 | 音樂遊戲 | 團體諮商教室 |

1. 師資介紹：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **課程** | **授課老師**  | **專長** |
| 多感官 | 林敏菁 職能治療師 | 物理、職能治療、輔具評估、急性後期照護及居家物理治療 |
| 感統 | 黃友芳 物理治療師 | 物理、職能治療、輔具評估、急性後期照護及居家物理治療 |
| 感統 | 王怡婷 物理治療師 | 兒童物理、職能治療、輔具評估、急性後期照護及居家物理治療 |
| 感統 | 陳怡安 物理治療師 | 兒童物理、職能治療、輔具評估、急性後期照護及居家物理治療 |
| 音樂 | 施佳雯 音樂治療師 | 台灣音樂治療學會專業會員、鋼琴及多項樂器教學、音樂遊戲治療課程 |

**交通資訊**

自行開車前往：罕見家園 (新竹縣關西鎮東平里9鄰小東坑7之6號)

從國道3號73公里高原交流道(龍潭第二出口)→ Google map搜尋罕見家園(新竹六福村遊樂園旁)。


**【罕見家園】感統多感官~音樂遊戲團體課程-報名表**

* **聯絡窗口：**罕見家園 醫療服務專員 曾專員 (03)547-5528分機1008
* **活動時間**：2024年2/24、3/2、3/16、4/13、4/27、5/11、5/25每隔周六下午13:30~16:30，

 共計7堂課 。**第一堂為初次評估和體驗課程，後續依孩子能力分班上課。**

* **報名方式：**請填妥「**報名表**」及「**活動安全同意書**」傳真或email至本會，並請來電確認。

傳真：(03)547-5580，E-mail：wh10@tfrd.org.tw

 **注意事項：**1. **報名截止日期2024年2月7日**。2. 請按時出席，無法出席請確實請假。

|  |  |
| --- | --- |
| **病友姓名:** 性別: | 出生年月日:  |
| 身高: 體重: | 口語表達: |
| 疾病名稱: | 使用輔具: |
| 簡單說明上過那些復健課程: |
| **陪同者姓名:** 關係: | 陪同者電話: |
| **您到罕見家園的交通方式:**□自行開車 □需台北或新竹高鐵接駁 □申請復康巴士 □申請無障礙計程車 |
| **資料運用聲明暨同意書** |
| 醒您！個人資料保護法於101年10月1日開始施行。為保障您的權益，本會有義務在報名時先行告知，在課程期間會由本會指派之攝影志工，不定時於課堂中有拍照或攝影之行為，主要是為了收集成果展等相關活動之影像製作，並作為本會相關宣導資料之運用。如果收集影像之行為使您不舒服，課程期間您有權要求本會停止拍攝或將相關影像做為其他用途。□同意 □不同意  **立同意書人簽章：**  |



**罕見家園 感統多感官~音樂遊戲團體課程**

**活動安全同意書**

**本人： ，自願參加由財團法人罕見疾病基金會主辦之「罕見家園多感官~音樂治療團體課程」。本人已充分瞭解此次活動內容及安全注意事項，經詳細評估後，確定身體狀況適合為期六堂訓練課程，並詳實填寫身體評估表。活動過程中，本人亦願配合所有的課程安排，不任意自行操作器材或從事危險行為；如遇突發性、不可抗拒之事由，或是刻意隱瞞病情而致本人病況復發、惡化，將由個人負責，基金會僅協助立即就醫之相關事宜，特立此同意書，以茲證明。**

 **立書人（病友）：**

 **身分證字號：**

 **代理人：**

 **身分證字號：**

 **與立書人之關係：**

**中 華 民 國 年 月 日**