

# 112 學年度第 2 學期校園超級馬拉松活動辦法

一、活動宗旨：為提倡本校全體師生規律運動習慣，提升健康體能，共同營造健康校園，特舉辦本活動。

二、主辦單位：全人教育中心體育學科。

三、活動地點：本校操場。

四、實施時間：**113.03.04~113.05.17 週一至週五，17：30 至 19：00 (連續假期前一天、連續假期、期中考週停止)**

五、參加對象：本校師生自由報名參加。

六、活動簡介：本活動為養成師生規律運動，於活動期間內累積跑步圈數達 200 圈即可獲得禮券 200 元並可兌換摸彩券 1 張，跑得圈數越多可兌換張數也越多。

七、實施方式：

(一) 即日起至體育學科填寫報名資料及同意書即可參加。

**(每日接受報名時間為上午 08:00-11:50、下午 13:20-15:00)。**

(二) 活動期間，參賽者請先至紀錄台辦理報到後始得開始；體育學科將安排工讀生記錄參加人員之圈數，每完成一圈即可領取一張計圈卡，圈數卡未於當日繳回者不予計算。參加人員總圈數請至體育學科網站查詢。

(三) 活動期間，參賽者需跑步或走路方式進行，**離場時請確認登記圈數後再離開，離場後圈數如有疑慮以體育學科圈數登記本為主。**

(四) **參賽者圈數需為本人實際參與圈數，不得代跑或索取他人計圈卡，經發現者除取消本次活動資格，並依學校規定議處。**

(五) 為考量參賽者長期跑走影響身體平衡，星期一、星期三、星期五依順時針進行，星期二、星期四依逆時針進行本活動。

(六) 參賽者請遵守第一、二跑道為持續性跑步道，第三、四跑道為健走道，請勿占用跑道。

(七) 活動期間若遇雨天、或遇場地衝突時以學校競賽活動為優先使用，則當日活動停止（以體育學科公告為主），活動開始進行後，期間如遇下雨，活動照常進行至活動結束為止。

(八) 本次活動為鼓勵全校師生建立運動之習慣，可認列 **1 次** 校外馬拉松累計之距離。凡於本次活動期間，持國內路跑活動之完賽證明，於本活動結束前一週內提出，將列入本活動之總圈數(跑步距離換算本校 200 公尺操場，取整數如遇小數則無條件捨去)。

八、獎勵辦法：

(一) 參加獎：競賽截止日完成基本累積圈數達到 **200 圈** (實際舉辦天數未滿 30 天改 150 圈) 者可領取禮券 200 元及摸彩券 1 張，每增加 **50 圈** 者，再換一張摸彩券 (依此類推)，摸彩獎項計有 **12** 名，分別為：2000 元禮券 2 名、1500 元禮券 3 名、1000 元禮券 4 名、500 元禮券 3 名，摸彩券總張數未達 100 張，各獎項依 2/3 比率無條件捨去頒發，**摸彩獲獎名單公告後請於 3 日內至體育學科領取完畢，逾期未領則重新再抽出缺額。**

(二) 成績複核時間：113 年 05 月 24 日 (星期三) 09:00 至 05 月 26 日 (星期五) 17:00 止。

(三) 本活動預訂於 **113 年 05 月 28 日 (星期二) 16:00** 於體育學科辦公室前舉行摸彩活動。

九、本辦法如有未盡事宜，得由主辦單位另行通知公佈，修正時亦同。

# 112 學年度第 2 學期校園超級馬拉松報名表

編號：

※貼心小提醒：字跡請填寫工整以免將您的名字登錄錯誤喔！

教職員：單位 (填寫一級單位)	
學生：班級	
學 號	
姓 名	
性 別	
手機/學校分機	

.....

## 參與同意書

本人\_\_\_\_\_願意遵守運動員之精神參加本次活動，誠實回報完成之圈數，並服從主辦單位之裁決，若未誠實回報圈數，經查證屬實則取消參加資格及圈數。

同意人簽名：\_\_\_\_\_日期：\_\_\_\_\_

# 112 學年度第 2 學期校園超級馬拉松參加同意書

下列七個問題，是根據加拿大運動生理協會的身體活動準備度問卷，轉譯成中文，供 15~69 歲民眾自己先作答，以瞭解自己的身體狀況，並決定在增加活動量前是否須先詢問醫師的意見。

1. 是  否  醫師是否告訴過您，您的心臟有些問題，您只能做醫師建議的運動？
2. 是  否  當您活動時是否會有胸痛的感覺？
3. 是  否  過去幾個月以來，您是否有在未活動的情況下出現胸痛的情況？
4. 是  否  您是否曾因暈眩而失去平衡或意識的情況？
5. 是  否  您是否有骨骼或關節問題，且可能因活動而更惡化？
6. 是  否  您是否有因高血壓或心臟疾病而需服藥 (醫師處方)？
7. 是  否  您是否知道您有不適合活動的原因？(請說明症狀)

---

一個以上的問題答「是」時

在開始增加活動量或做激烈運動之前，應先詢問醫師的意見，並告訴醫生那些問題的答案為『是』。另外，如果您正值懷孕，請先詢問您的醫師。

---

## 同意書

我已閱讀、瞭解並填寫完整之問卷，所有問題皆為個人自願回答，若於參加本次活動後致使疾病復發（無論已知或未知）所發生死亡或病情惡化，本人願自行負責。

同意人姓名：\_\_\_\_\_ 簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

監護人（18 歲以下須由父母簽名）：\_\_\_\_\_ 見證人：\_\_\_\_\_

**※未滿 18 歲者填寫，請致電徵詢家長同意**

同意       不同意

聯繫日期/時間：\_\_\_\_\_