

## 2016 年第二十二届义安城全国舞狮锦标赛 报名表格

团体名称：	电话：	传真：
地址：	邮区：	
领队：	电话：	手提：
教练：	电话：	手提：

南狮传统公开项目

公开项目

女子公开项目

儿童项目

少年项目

南狮自选高桩项目

南狮自选高桩项目

北狮自选项目

北狮自选项目

姓名：_____	姓名：_____	姓名：_____
居民证：_____	居民证：_____	居民证：_____

姓名：_____	姓名：_____	姓名：_____
居民证：_____	居民证：_____	居民证：_____

--	--	--	--	--

姓名：\_\_\_\_\_ 姓名：\_\_\_\_\_ 姓名：\_\_\_\_\_

居民证：\_\_\_\_\_ 居民证：\_\_\_\_\_ 居民证：\_\_\_\_\_

道具  
控制  
员

姓名：\_\_\_\_\_

居民证：\_\_\_\_\_

团体盖章：\_\_\_\_\_

## 南狮传统公开套路申报表

团体名称：\_\_\_\_\_ 分区赛/决赛日期：\_\_\_\_\_

1. 青之名堂：\_\_\_\_\_

2. 道具配备：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. 故事内容：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. 特别注明：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. 各步骤从开始、主题、结束的演出套路与动作必须详细说明：

a. 开始：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b. 主题：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

c. 结束：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

团体盖章：\_\_\_\_\_

南狮传统公开套路绘图申报表

绘图说明：(1) 长度：\_\_\_\_\_ (2) 高度：\_\_\_\_\_ (3) 宽度：\_\_\_\_\_

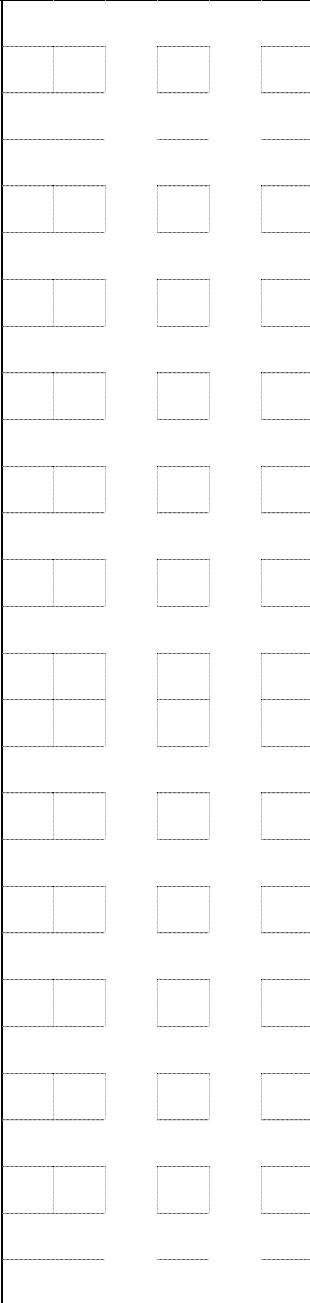
团体盖章：\_\_\_\_\_

## 南狮自选高桩套路动作申报表

团体名称：\_\_\_\_\_ 项目名称：\_\_\_\_\_

(分区赛 / 半决赛 / 大决赛)

日期：\_\_\_\_\_

桩阵组合 与编号	总图	组合 动作	编 号	套路动作	等 级
				以狮头跳跃为主	
最高度					
总长度					

C 级难度动作 \_\_\_\_\_ 个

团体教练姓名：\_\_\_\_\_ 签名：\_\_\_\_\_ 套路裁判员：\_\_\_\_\_

团体盖章：\_\_\_\_\_



新加坡武术龙狮总会  
SINGAPORE WUSHU DRAGON & LION DANCE FEDERATION

**PERSONAL HEALTH DECLARATION**

个人健康状况呈报表格  
(南狮传统/南狮高桩/北狮自选)

团体名称: \_\_\_\_\_

<b>PART I: PERSONAL PARTICULARS 个人资料</b>			
NAME 中英姓名 :		RACE 种族 :	
ADDRESS 地址 :		POSTAL 邮区 :	
DOB 出生日期 :		NRIC No.居民证号码 :	
CONTACT 联络号码 :	HOME 住家 :	OFFICE 办公 :	MOBILE 手提 :
OCCUPATION 职业 ( If student, please specify education level 如是学生请写明教育程度 ) :			

<b>PART II: MEDICAL HISTORY 医药履历</b>	
DRUG ALLERGIES : <b>YES / NO</b> If <b>YES</b> , Please specify drug name and reaction: _____	
SPECTACLES : <b>YES / NO</b>	CONTACT LENS : <b>YES / NO</b>

<b>DO YOU HAVE ANY OF THE FOLLOWING ILLNESS?</b>	
Asthma : <b>YES / NO</b>	Heart Disease : <b>YES / NO</b>
Epilepsy of Fits : <b>YES / NO</b>	Heart Murmur : <b>YES / NO</b>
Other Illness : <b>YES / NO</b> (If <b>YES</b> , please specify) :	

ARE YOU ON ANY REGULAR MEDICATION? : <b>YES / NO</b> If <b>YES</b> , Please write down the names of these medication: _____
ARE YOU ON REGULAR FOLLOW-UP BY DOCTOR? : <b>YES / NO</b> If <b>YES</b> , Please indicate the reasons: _____
HAVE YOU HAD A FRACTURE OR DISLOCATED JOINT BEFORE? : <b>YES / NO</b> If <b>YES</b> , Please give details: _____
HAVE YOU BEEN HOSPITALIZED BEFORE? : <b>YES / NO</b> If <b>YES</b> , Please give details: _____

**DECLARATION**

I declare that I have answered the above questions to the best of my knowledge and have not intentionally withheld any information. If in the course of my membership in the federation, I develop any medical problems or illness, I will inform the Medical Committee or my instructor accordingly.

Full Name: \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

NRIC No.: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

团体盖章: \_\_\_\_\_



新加坡武术龙狮总会  
SINGAPORE WUSHU DRAGON & LION DANCE FEDERATION

**PERSONAL HEALTH DECLARATION**

个人健康状况呈报表格  
( 南狮传统/南狮高桩/北狮自选 )

团体名称: \_\_\_\_\_

<b>PART I: PERSONAL PARTICULARS 个人资料</b>			
NAME 中英姓名 :		RACE 种族 :	
ADDRESS 地址 :		POSTAL 邮区 :	
DOB 出生日期 :		NRIC No.居民证号码 :	
CONTACT 联络号码 :	HOME 住家 :	OFFICE 办公 :	MOBILE 手提 :
OCCUPATION 职业 ( If student, please specify education level 如是学生请写明教育程度 ) :			

<b>PART II: MEDICAL HISTORY 医药履历</b>	
DRUG ALLERGIES : <b>YES / NO</b> If <b>YES</b> , Please specify drug name and reaction: _____	
SPECTACLES : <b>YES / NO</b>	CONTACT LENS : <b>YES / NO</b>

<b>DO YOU HAVE ANY OF THE FOLLOWING ILLNESS?</b>	
Asthma : <b>YES / NO</b>	Heart Disease : <b>YES / NO</b>
Epilepsy of Fits : <b>YES / NO</b>	Heart Murmur : <b>YES / NO</b>
Other Illness : <b>YES / NO</b> (If <b>YES</b> , please specify) :	

ARE YOU ON ANY REGULAR MEDICATION? : <b>YES / NO</b> If <b>YES</b> , Please write down the names of these medication: _____
ARE YOU ON REGULAR FOLLOW-UP BY DOCTOR? : <b>YES / NO</b> If <b>YES</b> , Please indicate the reasons: _____
HAVE YOU HAD A FRACTURE OR DISLOCATED JOINT BEFORE? : <b>YES / NO</b> If <b>YES</b> , Please give details: _____
HAVE YOU BEEN HOSPITALIZED BEFORE? : <b>YES / NO</b> If <b>YES</b> , Please give details: _____

**DECLARATION**

I declare that I have answered the above questions to the best of my knowledge and have not intentionally withheld any information. If in the course of my membership in the federation, I develop any medical problems or illness, I will inform the Medical Committee or my instructor accordingly.

Full Name: \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

NRIC No.: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

团体盖章: \_\_\_\_\_

# 2016 年第二十二届义安城全国舞狮锦标赛

敬启者：

新加坡武术龙狮总会议决，所有参赛团体之负责人及所有运动员（包括狮头、狮尾）必须证实了解所有有关竞赛章程规则，依据章程 35 条：比赛期间，参加南狮自选高桩的队伍应为参赛队员购买保险，并自行预防任何损伤或意外发生。如队伍面对购买保险的问题，可向本总会请示介绍相关的保险公司。因比赛而造成的伤残或疾病，所需医疗费用全部自理（比赛前必须出示保险单否则不能参赛）。年龄未超过 18 岁之运动员，必须有家长作为监护人（狮头、狮尾、少侠）。

2016 年第二十二届义安城全国舞狮锦标赛  
工委会主席兼舞狮主任刘汉隆  
2016 年6月7日

## 责任声明书

为表示对武总所主办之 2016 年第二十二届义安城全国舞狮锦标赛所有章程、规则的了解并愿遵守，特此签名证实。

团体名称：\_\_\_\_\_

		姓名	居民证号码	签名
负责人	领队/教练			
狮头	运动员			
	监护人			
狮尾	运动员			
	监护人			

团体盖章：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_