

# 山东省老年人体育活动管理服务中心

---

## 关于举办全省老年人门球裁判员 培训班的通知

各市、大企业、省烟草、省直机关老体中心、老体协：

为贯彻落实《全民健身计划》，加强门球裁判员队伍的建设，推动门球运动广泛深入开展，省老年人体育活动管理服务中心将于7月份在淄博市举办全省老年人门球裁判员培训班，现将有关事项通知如下：

### 一、主办单位

山东省老年人体育活动管理服务中心

### 二、承办单位

淄博市老年人体育协会

### 三、执行单位

淄博市门球运动协会

### 四、时间与地点

2021年7月7日至10日在淄博市举行。

### 五、参加人员

(一)各单位可选派3人参加学习。其中1人为裁判业务

---

骨干，年龄在 45 岁以下，具备担负竞赛组织任务和裁判长素质。

(二) 选派人员应身体健康，签署自愿参加责任书，购买人身意外伤害保险，突发急性病身故保险、附加意外医疗保险等，学习期间发生伤病和意外事故责任自负，费用自理。

(三) 学员请按需带笔记本电脑、球棒、门球裁判员服装、鞋子。

(四) 各单位动员年轻裁判骨干参加培训。

## **六、日程安排与内容**

(一) 7 月 8 日上午讲解门球比赛竞赛组织、竞赛编排与裁判组职责。主讲人：袁英杰、解修德。

(二) 7 月 8 日下午讲解 2015 版门球竞赛规则。主讲人：周正。

(三) 7 月 9 日上午讲解 2015 版门球裁判法。主讲人：周正。

(四) 7 月 9 日下午讲解裁判员执裁实践。主讲人：解修德。

## **七、经费**

(一) 参加培训人员交通费自理，培训费、食宿费由大会负担。

(二) 提前报到、推迟离会以及超编人员费用自理。

## **八、考核**

经考核成绩合格，颁发结业证书，结业证书作为考取山东省

门球一级裁判员的培训资历。

## 九、报名与报到

### （一）报名

各单位请务必于6月30日18:00前将参加学习人员名单发电子邮件报省老年人体育活动管理服务中心和淄博市老年人体育协会，逾期不再受理。

省老年人体育活动管理服务中心

联系人：韩兵

电 话：0531--61379236

邮 箱：sdlntxywk@163.com

淄博市老年人体育协会门球专委会

联 系 人：田辰寿

联系电话：13561618638

电子邮箱：tcs8888@163.com

### （二）报到

7月7日17:00前报到，10日早餐后离会。

报到地址：淄博中濠假日酒店

酒店电话：0533-6122111

酒店位置：淄博市张店区北京路与盛湖路交汇口东北。

乘车路线：

1、淄博站—中濠假日酒店：

淄博站出站，换乘 139/K139 路公交车，经 24 站，约 33 分钟，房镇镇政府公交站下车，步行向西 100 米路北即到。

## 2、淄博北站一中濠假日酒店：

淄博北站出站，换乘 263/K263 路公交车，经 11 站约 19 分钟，“绿城·百合花园”公交站下车，向南第一个红绿灯转向西（步行共约 500 米）即到。

## 十、其它

（一）受疫情影响，所有参加培训人员须身体健康，报到时提供第二代身份证原件、县级以上医务部门出具的健康证明、人身意外伤害保险保单原件、《自愿参加责任书》，并出示健康码、测量体温。

（二）大会统一在培训场地和住宿酒店配备医务人员，培训期间发生任何意外均责任自负，费用自理。

附件：1、培训班报名表

2、培训班自愿参加责任书

山东省老年人体育活动管理服务中心

2021 年 6 月 15 日



附件 1:

## 培训班报名表

单位:

| 序号 | 姓名 | 年龄 | 性别 | 联系电话 | 备注 |
|----|----|----|----|------|----|
| 1  |    |    |    |      |    |
| 2  |    |    |    |      |    |
| 3  |    |    |    |      |    |

联系人:

联系电话:

附件 2:

## 自愿参加责任书

我自愿报名参加“全省老年人门球裁判员培训班”并签署本责任书。对以下内容，我已认真阅读、全面理解予以确认并承担相应的法律责任：

一、我愿意遵守本次培训的所有规定；如果本人在参加过程中发现或注意到任何风险和潜在风险，本人将立刻终止参加或报告培训领导机构。

二、我充分了解本次培训期间的训练或培训有潜在的危險，以及可能由此而导致的受伤或事故，我会竭尽所能，以对自己安全负责的态度参加。

三、我完全了解自己的身体状况，确认自己的健康状况良好；没有任何身体不适或疾病（包括先天性心脏病、风湿性心脏病、高血压、脑血管疾病、心肌炎、其他心脏病、冠状动脉病、严重心律不齐、血糖过高或过低的糖尿病、以及其它不适合运动的疾病），因此我郑重声明，可以正常参加本次培训。

四、我同意接受主办方在培训期间提供的现场急救性质的医务治疗，但在医院救治等发生的相关费用由本人负担。

本人签名：

亲属签名：

年 月 日