

山东省老年人体育活动管理服务中心

关于举办“好运山东”2025年山东省老年人体育助力乡村振兴展示交流活动的通知

各市、大企业、省烟草、省直机关老体中心（老体协）：

为深入贯彻落实乡村振兴国家战略，进一步巩固老年体育助力乡村振兴成果，充分展现老年人体育事业发展成效，推动老年体育与乡村振兴深度融合，省老年人体育协会、省老年人体育活动管理服务中心将于2025年9月份在枣庄市举办“好运山东”2025年山东省老年人体育助力乡村振兴展示交流活动，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

山东省老年人体育协会

山东省农民体育协会

二、承办单位

枣庄市体育局

滕州市人民政府

枣庄市老年人体育协会

枣庄市体育事业发展中心

三、协办单位

滕州市老年人体育协会

滕州市体育事业发展中心

滕州市西岗镇人民政府

枣庄银行股份有限公司

四、活动时间、地点

2025年9月22日至24日在滕州市西岗镇举行。

五、活动主题

赋能老年体育 助力乡村振兴

六、参加办法

(一) 各单位限报1支代表队参加交流展示活动，承办单位可多报1队。

(二) 各代表队报市级老体协领导及工作人员2-3人，队员8—12人。

七、活动内容

(一) 全省老年人体育助力乡村振兴开幕式及展示交流活动。

(二) 全省老年人体育助力乡村振兴及乡村治理经验优秀案例交流研讨。

(三) 进社区、进乡村观摩交流互动及科学健身指导。

八、经费

(一) 各代表队差旅费自理，食宿费每人每天交200元，不足部分由大会承担。

(二) 提前报到、推迟离会或超编人员所发生的费用自理。

九、报名与报到

(一) 报名

请各单位于9月12日前将加盖公章的报名表发送电子邮件至省老体中心和承办单位。

省老年人体育活动管理服务中心

联系人：杜常帅

电 话：0531-61379221

邮 箱：sdlntxywk@163.com

滕州市市老年人体育协会

联系人：甄 文

电 话：13863213141

邮 箱：tlt5555609@163.com

(二) 报到

1、请各代表队于9月22日17:00前至滕州宾馆报到。

地址：滕州市学院路与龙泉路交叉口

联系人：魏 国

电话：13562201166

总台电话：0632--5828888

2、报到时须向大会组委会提供第二代身份证原件、保险单原件、县级以上医疗机构出具的身体健康证明、队员本人和直系亲属签名的《自愿参加责任书》，未能提供上述材

料者，不允许参加活动，如在活动中出现意外情况，大会不承担任何责任。

3、参加展示团队自备节目解说词和展演服装道具，节目解说词报送到滕州市老体协报名邮箱，报到时请将伴奏音乐存储在U盘上交给活动组委会。每个U盘只能存储一首音乐。

十、有关要求

（一）各单位要高度重视。这项活动山东省首次组织举办，是真正探索和落实老年体育助力乡村振兴的举措，大家要克服困难，齐心协力完成好。

（二）各单位要认真研究老年体育助力乡村振兴的有关指示精神，围绕五项主要任务和十大行动，推动老年体育助力乡村振兴战略的实施，为体育强省、经济强省建设服务。

（三）各单位要充分挖掘有地方特色的老年文化体育健身项目，满足老年人对美好生活的需求，丰富老年人的精神文化生活。展示活动设“最佳表演奖”、“最佳创意奖”、“优秀组织奖”，按照实际报名队数确定。

附件：1. “好运山东”2025年“枣庄银行杯”山东省
老年人体育助力乡村振兴展示交流活动报名表
2. 自愿参加责任书

山东省老年人体育活动管理服务中心

2025年8月25日



附件1

“好运山东”2025 年山东省老年人体育助力
乡村振兴展示交流活动报名表

单位名称（盖章）：

展演项目及曲目名称：

身 份	姓 名	性 别	民 族	身份证号码	备注
市级老体协领导及工作人员					
队 员					

联系人：

联系电话：

自愿参加责任书

我自愿参加“好运山东”2025年山东省老年人体育助力乡村振兴展示交流活动并签署本责任书。对以下内容，我已认真阅读、全面理解且予以确认并承担相应的法律责任：

一、我愿意遵守本次活动的所有规定，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活动领导机构。

二、我充分了解本次活动期间有潜在的危險，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，以及其他不适合运动的疾病），因此我郑重声明，可以正常参加本次活动。

四、我同意接受主办方在活动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