**中国残联办公厅关于“举办第二期全国残疾人冬季体育项目健身指导员训练营”的通知**

各省、自治区、直辖市残联,新疆生产建设兵团残联：

为加快培养全国残疾人冬季体育健身指导和服务人才,普及推广残疾人冰雪运动项目健身知识及方法,经中国残联领导同志批准同意,定于2017年2月20日至25日在河北省张家口市举办第二期全国残疾人冬季项目健身指导员训练营活动。现将有关事项通知如下:

**一、主办单位:**中国残疾人联合会

**二、协办单位:**中国残疾人体育运动管理中心

**三、承办单位:**河北省残疾人联合会

:河北省张家口市残疾人联合会

**四、举办时间:**2017年2月20日至25日(共计6天)

**五、举办地点:**河北省张家口市

**六、内容形式**

本次训练营将采取理论与实践相结合的方式,集中开展残疾人冬季体育健身项目与指导方法,冬季体育运动知识及运动损伤防护等相关内容的教学和实践活动。

**七、学员推荐**

**(一)推荐办法**

由各省（区、市）残联负责参加培训的学员的推荐工作。

**(二)推荐范围**

1．省、市、县级从事残疾人体育健身工作的管理人员或指导人员;

2．承担本省（区、市）残疾人社会体育指导员培训任务的讲师;

3．基层残疾人康复中心、托养机构、社区健身示范点或学校从事残疾人康复体育、健身体育训练或教学工作的人员。

**（三）推荐资格**

1．应具备较强的责任心,具有一定的组织能力、讲解能力和体育运动能力;

2．应具有两年以上从事残疾人体育康复、健身工作经验,基层社区残疾人体育工作者优先;

3．身体状况适合参加培训的健康要求。

**（四）名额分配**

1．北京、河北2地推荐不少于10人;

2．天津、辽宁、吉林、黑龙江、上海、江苏省、浙江、山东、广东、四川、新疆推荐不多于5人;

3．其他地区、新疆兵团推荐名额不多于2人。

**（五）相关要求**

1．各地要提高对本次残疾人冬季项目健身指导员训练营的重视程度,本着积极推动我国残疾人冬季体育健身工作发展,加强专业人才队伍建设,促进更多残疾人参与冰雪运动的原则,认真做好本次训练营学员的审核和推荐工作;

2．学员推荐要与本地残疾人群众性冬季体育运动发展规划相结合;

3．全体参加培训人员须自备冬季运动服装、运动鞋及学习用具,培训期间学员不得请假或擅自离会;

4．各省(区、市)残联请于2月10日16:00前,将加盖公章的“第二期全国残疾人冬季体育项目健身指导员训练营人员推荐表”(见附件1),传真至中国残疾人体育运动管理中心群体特奥部,并同时将电子版发送至报名邮箱。

**八、报到离会**

**（一）时间**

报到时间为2月20日12:00前;离会时间为2月25日15:00后。

**（二）要求**

1．为便于承办单位接送站工作安排,请于2月16日16:00前,将回执表(见附件2)传真发送至河北省张家口市残疾人联合会宣文部;

2．承办单位提供报到及离会当日的市内接送站服务,提前或推迟离会人员的市内交通自行解决；

3．参训学员需自行订购返程车(机)票,会务不提供返程购票服务。

**九、经费说明**

所有参加训练营的学员往返交通费由各地残联承担,训练营期间相关食宿费及培训费用由中国残联承担。

**十、联系人及联系方式**

**(一)中国残疾人体育运动管理中心**

联系人:高 凡 闫立春

电 话:010-80471826

传 真:010-80471828

电子邮箱:quntiteao@163.com

**(二)河北省残疾人体育运动管理中心**

联系人:李卫杰

电 话:0311—89693570

传 真:0311—89693570

**(三)河北省张家口市残疾人联合会 宣文部**

联系人:张 毅 唐艳鑫

电 话:0313—7157065

传 真:0313—7157111

电子邮箱:zjksclxwb@126.com

中国残联办公厅

2017年1月23日

附件1

**第二期全国残疾人冬季体育项目健身指导员训练营**

**人员推荐表**

残联(公章) 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **年龄** | **文化程度** | **民族** | **所在单位及职务、职称** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |

填表人: 联系电话:

填表日期: 年 月 日

**注:**

**1、请于2017年2月10日16:00前传真发送至中国残疾人体育运动管理中心群体特奥部,传真:010-80471828;**

**2、将电子版发送至邮箱:quntiteao@163.com;**

附件2

**第二期全国残疾人冬季体育项目健身指导员训练营**

**人员回执表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 |  | | 联系电话(手机): | | | | | | |
| 单 位 |  | | | 人数 | | 男 | |  | | 女 |  | |
| 接站情况 | | | | | | | | | | | | |
| 来程  日期 |  | 抵达地点  (火车站、汽车站) | |  | | 车次 | |  | 抵达  时间 | | | 月 日  时 分 |
| 送站情况 | | | | | | | | | | | | |
| 返程  日期 |  | 返程地点  (火车站、汽车站) | |  | 车次 | |  | | 返程  时间 | | | 月 日  时 分 |
| 特殊需求 | | | | | | | | | | | | |
| 特殊饮食要求人数（清真餐） | | 人 | | | | 特殊饮食要求人员名单 | | | |  | | |

**注:**

**1、此表信息填写须做到准确无误。**

**2、务必于2月16日16:00前,以传真形式发送至河北省张家口市残疾人联合会宣文部并电告联系人。**

**3、本次会务提供河北省张家口市内当日报到及离会接送站服务,提前或推迟离会的人员交通自行解决。参训学员需自行订购返程车(机)票,会务不提供返程购票服务。**

**4、联系人:张 毅 唐艳鑫**

**5、电话及传真:0313—7157065、0313—7157111**

**6、电子邮箱:zjksclxwb@126.com**