附件2

进校人员健康信息登记卡

|  |
| --- |
| 姓名：         联系电话：  身份证号：  |
| 日期（进校前连续14日不得中断） | 健康状况 | 家庭成员身体健康状况 | 假期是否曾前往疫情防控重点地区 | 是否接触过疫情防控重点地区高危人员 |
|  |   |   |   |   | 　 |
|  |   |   |   |   | 　 |
|  |   |   |   |   | 　 |
|  |   |   |   |   | 　 |
|  |   |   |   |   | 　 |
|  |   |   |   |   | 　 |
|  |   |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |   |
|  |   |   |  |   |   |
|  |   |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |   |

注：1.填写日期为从进校之日起往前推连续14天，不得中断。

2.所有人员需在进校前填写好，本人手写签名并在进校门（南门）时提交门口值班人员。

3.进校人员承诺：以上记录内容真实准确。如有瞒报谎报，由申请者承担由此带来的一切后果。

**签 名：**