附件2

进校人员健康信息登记卡

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名： 身份证号： 联系电话：** | | | | |
| **进校原因：** | | | | |
| **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** | **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** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1.填写日期为申请进校前连续14日，不得中断。

2.进校人员承诺：以上记录内容真实准确。如有瞒报谎报，由本人承担由此带来的一切后果。

**签 名：**