附件1



附件2

学生返校健康申报表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 班级 |  |
| 身份证号 |  | 学号 |  |
| 绍兴住址 |  | 联系电话 |  |
| 假期是否离开绍兴市 | □是 □否 | 离开后的旅居地省（国家、地区） |  |
| 本人及家庭成员是否为新冠肺炎确诊病人或疑似病人 | □是 □否 |
| 如是，是否能提供诊治医院康复证明 | □是 □否 |
| 本人及家庭成员是否曾接受隔离医学观察（或居家观察） | □是 □否 |
| 如是，是否能提供解除隔离观察证明 | □是 □否 |
| 流行病学史报告（**返校前14天**，您是否有以下情况） |
| 1.是否有武汉市或境外国家、地区的旅居史？**若为“是”请填写：**本人于2020年\_\_月\_\_日自\_\_\_\_\_\_\_\_（填旅居地）通过\_\_\_\_\_\_\_（填交通方式）返回绍兴，本人在外地期间\_\_\_（有/无）与确诊者、疑似者有密切接触史，\_\_\_（有/无）发热、咳嗽等身体不适症状。\_\_\_（有/无）正在接受\_\_\_\_\_（集中/居家）医学观察。 | □是 □否 |
| 2.是否曾接触过来自武汉市或从境外入境人员？**若为“是”请填写：**本人于2020年\_\_月\_\_日接触来自\_\_\_\_\_\_\_\_人员。该人员目前\_\_\_（有/无）发热、咳嗽等身体不适症状，本人目前目前\_\_\_（有/无）发热、咳嗽等身体不适症状。 | □是 □否 |
| 3.家人/同住人员有无发热、咳嗽等症状？**若为“是”请填写：**\_\_\_\_\_\_（称谓）于2020年\_\_月\_\_日起出现发热、咳嗽等症状，\_\_\_（有/无）接触来自武汉市或从境外入境人员，\_\_\_（有/无）前往医院就诊。本人目前目前\_\_\_（有/无）发热、咳嗽等身体不适症状。 | □是 □否 |
| 4.家人/同住人员是否有“红码”“黄码”或“橙码”的情况？**若为“是”请填写：**\_\_\_\_\_\_（称谓）目前健康码显示为\_\_\_码。本人目前目前\_\_\_（有/无）发热、咳嗽等身体不适症状。 | □是 □否 |
| 本人及家人/同住人员当日健康信息 |
| 家人称谓 | 体温 | 发热、咳嗽等症状 | 健康码赋码 |
| 本人 | 　　℃ | □有 □无 | □绿码 □红码 □黄码 □橙码 |
|  | 　　℃ | □有 □无 | □绿码 □红码 □黄码 □橙码 |
|  | 　　℃ | □有 □无 | □绿码 □红码 □黄码 □橙码 |
|  | 　　℃ | □有 □无 | □绿码 □红码 □黄码 □橙码 |
| **我们郑重承诺：以上所有信息均真实准确，无瞒报、谎报情况；若有不实，愿意承担相应法律责任。我们严格遵守绍兴市新冠肺炎疫情防控工作政策规定，自觉配合学校做好疫情防控工作。**学生签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 学生监护人签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020年\_\_\_\_月\_\_\_\_日  |
| 班主任意见 | □同意返校 □不同意返校签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 |
| 学校疫情防控专班意见 | □同意返校 □不同意返校签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 |
| 学校意见 | □同意返校 □不同意返校(盖章) 2020年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 |