

淮南市职业教育中心 2022 级新生入学健康承诺书

姓名		性别		本人手机号		
班级(部门)		详细住址				
本人及共同生活居住人员基本情况						
姓名	与本人关系	健康码 是否绿码	行程码 是否绿码	是否完成 新冠疫苗接种	是否完成开学前 3 天两次核酸检测	
本人	——	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
		是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	——	
		是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	——	
		是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	——	
		是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	——	
本人及共同生活居住人员新冠肺炎感染高危因素						
(一)本人及共同生活人员现为确诊病例、疑似病例或无症状感染者					是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
(二)本人及共同生活人员现为密切接触者、次密切接触者或感染风险人群					是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
(三)本人及共同生活人员现被要求集中、居家隔离观察或居家健康监测					是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
(四)本人及共同生活人员近 7 天曾有中高风险区或发生疫情县(区)旅居史					是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
(五)本人及共同生活人员近 7 天曾接触中高风险区及所在县(区)返回人员					是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
(六)本人近 7 天有发热、干咳、乏力、腹泻或其他相关症状					是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
本人及共同生活居住人员开学前 10 天每日健康监测记录						
其他症状：①无症状，②干咳，③乏力，④鼻塞，⑤咽痛，⑥嗅味觉减退，⑦腹泻，⑧呕吐，⑨其他						
日期	本人			共同生活居住人员		
	实测体温	其他症状 (填编号)	出行轨迹 (填在淮或 在某地市)	体温是否 全部正常	其他症状 (填编号)	出行轨迹 (填在淮或 在某地市)
月 日				是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
月 日				是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
月 日				是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
月 日				是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
月 日				是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
月 日				是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
月 日				是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
月 日				是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
月 日				是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
本人身体健康状况及日常行为表现						
健康状况是否整体良好	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是否患有癫痫、哮喘、高血压等类疾病			是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
是否患有心脏类疾病	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是否患有肺结核、水痘、疥疮等传染性疾病			是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
是否患有心理类疾病	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是否有染发、文身(纹身)、抽烟酗酒、男生留长发等不良嗜好或有违规、违纪、违法不良记录			是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
承诺签字	本人及(学生)监护人承诺以上所填信息属实，如有不实，愿承担法律责任。					
	本人签字：	监护人签字：		年	月 日	