**附件2 师生员工返校健康申报表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学校 |  | 年级/班级（报名号） |  |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 是否有发热、咳嗽、乏力、胸闷等症状 | 是□ | 否□ |
| 过去是否被诊断为新冠肺炎确诊病例或疑似病例 | 是□ | 否□ |
| 是否与新冠肺炎确诊病例或疑似病例有密切接触  | 是□ | 否□ |
| 过去7天是否与来自疫情中高风险地区（海南，西藏，新疆等，境外）人员有密切接触 | 是□ | 否□ |
| 过去7天是否去过疫情中高风险地区（海南，西藏，新疆等、境外） | 是□ | 否□ |
| 是否被集中医学隔离观察  | 是□ | 否□ |
| **如存在以上任意一种情况，请详细说明：** |
| 本人对提供的健康相关信息的真实性负责。如因不实信息引起疫情传播和扩散，本人愿承担由此带来的全部法律责任。承诺人： 学生家长签名：年 月 日 |
| 学校意见：审核人：年 月 日 |

说明：法律责任：根据《刑法》第三百三十条规定：拒绝执行卫生防疫机构依照传染病防治法提出的预防、控制措施，引起甲类传染病传播或者有传播严重危险的，处三年以下有期徒刑或者拘役；后果特别严重的，处三年以上七年以下有期徒刑。