附件8

**2021学年广州市中学生“英才计划”科技特训营所有线下活动人员（含老师）健康卡**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 性别 | |  | | | 年龄 | |  |
| 所在学校  （单位） | |  | | | | | | | | |
| 家庭住址 | |  | | | | | 联系电话 | |  | |
| 是否属于  风险人员 | | 1.确诊病例密切接触者：是（ ）否（ ）  2.疑似病例密切接触者：是（ ）否（ ）  3.无症状感染者接触者：是（ ） 否（ ）  4.是否来自风险地区：境外（）高风险（ ）中风险（ ）低风险（ ）否（ ） | | | | | | | | |
| **参加活动期间身体健康情况登记** | | | | | | | | | | |
| 开始日期 | 月 日 | | | | 结束日期 | | | 月 日 | | |
| 观察日期 | 体温 | | | | 当前健康状况有无异常 | | | | | |
| 上午 | | 下午 | | 咳嗽或干咳 | | | | 发热 | 乏力 |
| 月 日 |  | |  | |  | | | |  |  |
| 月 日 |  | |  | |  | | | |  |  |
| 月 日 |  | |  | |  | | | |  |  |
| 月 日 |  | |  | |  | | | |  |  |
| 月 日 |  | |  | |  | | | |  |  |
| 月 日 |  | |  | |  | | | |  |  |
| 月 日 |  | |  | |  | | | |  |  |
| 月 日 |  | |  | |  | | | |  |  |
| 月 日 |  | |  | |  | | | |  |  |
| **家庭成员身体健康情况** | | | | | | | | | | |
| 关 系 | 姓名 | | | 联系电话 | | 有无咳嗽、发热、乏力、干咳 | | | | |
|  |  | | |  | |  | | | | |
|  |  | | |  | |  | | | | |
| 教职工或学生签名: 监护人签名： | | | | | | | | | | |
| 备注：  1.本着对自己和他人负责的态度，请认真据实填写。  2.家庭成员指14天内同住的家庭成员，含父母、夫妻、子女、兄弟姐妹，视具体情况填写。  3.本健康卡为诚信签名，请如实填报。隐瞒真实情况引发的法律责任等后果自负。 | | | | | | | | | | |