附件

考生考前14天健康情况声明表

考生姓名： 准考证号：

考点名称： 考试日期：

我在本表上签名做如下声明：

- 我不在中国政府要求的14天强制隔离期、医学观察期或自我隔离期内；

- 考试前14天内及考试当日，我没有出现发烧、持续咳嗽、呼吸困难或有流感症状；

- 我保证以上声明信息真实、准确、完整，并知悉我将承担瞒报的法律后果及责任，以及面临取消考试成绩及禁止参加相关考试的处罚。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 日期 | 体温 | 日期 | 体温 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |