

(備註：蓋學校戳章)



## 高雄市高級中等以下學校體育班特色招生甄選入學 防範嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)健康聲明表

本人\_\_\_\_\_參加高雄市鳳山區南成國民小學111學年度體育班甄試，為配合「嚴重特殊傳染性肺炎」〔以下簡稱：COVID-19〕防治，願提供下列資料並遵守防疫規定：

1. 一個月內，您是否曾出國？	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是：國家名：_____ 期間：____月____日至____月____日
2. 一個月內，與您同住的親友是否曾出國？	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是：國家名：_____ 期間：____月____日至____月____日
3. 您是否為衛生主管機關之 COVID-19 列管對象？	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是，請勾選： <input type="checkbox"/> 居家隔離 <input type="checkbox"/> 居家檢疫 <input type="checkbox"/> 自主健康管理 列管時間：____月____日至____月____日
4. 與您同住的親友是否為衛生主管機關之 COVID-19 列管對象？	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是，請勾選： <input type="checkbox"/> 居家隔離 <input type="checkbox"/> 居家檢疫 <input type="checkbox"/> 自主健康管理 列管時間：____月____日至____月____日
5. 最近14天內，您是否(曾)出現以下症狀(可複選)？	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是，有以下症狀(可複選) (已服藥者亦須填“是”) <input type="checkbox"/> 發燒(≥38℃) <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喉嚨痛 <input type="checkbox"/> 呼吸道窘迫症狀(呼吸急促、呼吸困難) <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 肌肉/關節痠痛 <input type="checkbox"/> 失去嗅味覺 <input type="checkbox"/> 倦怠疲乏 <input type="checkbox"/> 其他：_____

上述填寫資料倘若有隱匿或不實，或違反公告之防疫措施，本人及監護人均自願自負相關法律責任

立書人：\_\_\_\_\_ 連絡電話：\_\_\_\_\_

監護人：\_\_\_\_\_ 連絡電話：\_\_\_\_\_

填表日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日