

111 年全國中等學校運動會 個人健康狀況聲明書

身分別： <input type="checkbox"/> 觀眾 <input type="checkbox"/> 各縣市團本部人員，縣市： <input type="checkbox"/> 大會人員(競賽委員、裁判、工作人員、志工)，職稱： <input type="checkbox"/> 代表隊隊職員，競賽種類科目： 縣市： 職稱： <input type="checkbox"/> 參賽選手，競賽種類： 縣市： 學校：		
姓名：	性別：	出生日期： 年 月 日
身分證字號：	連絡電話：	
通訊地址：		
<p>一、您最近 14 天內是否有以下症狀：(本題為未來需要時供疫調使用)</p> <input type="checkbox"/> 否(無使用藥物情況下) <input type="checkbox"/> 有(可複選) <input type="checkbox"/> 發燒(額溫 $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$) <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻水、鼻塞 <input type="checkbox"/> 喉嚨痛 <input type="checkbox"/> 呼吸急促、呼吸困難 <input type="checkbox"/> 肌肉痠痛、關節痠痛 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 四肢無力 <input type="checkbox"/> 極度疲倦感 <input type="checkbox"/> 嗅味覺失常 <input type="checkbox"/> 其他 _____ <p>二、您於活動前 14 天內之國內、國外旅遊史(Travel)：</p> <input type="checkbox"/> 有;日期：_____地點(國家/地區)：_____【必填】 <input type="checkbox"/> 無 <p>三、您是否具備「居家隔離」、「居家檢疫」、「加強自主健康管理」及「自主健康管理」之身分？</p> <input type="checkbox"/> 是(<input type="checkbox"/> 居家隔離 <input type="checkbox"/> 居家檢疫 <input type="checkbox"/> 加強自主健康管理 <input type="checkbox"/> 自主健康管理)。 <input type="checkbox"/> 否 <p>四、是否已檢附下列健康證明之一</p> <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，已檢附下列健康證明之一： <input type="checkbox"/> 完整接種疫苗 2 劑且滿 14 日 <input type="checkbox"/> 賽前 2 日內抗原快篩(含家用快篩)或 PCR 檢驗陰性證明。 <p>五、是否有其他您認為應聲明之事項：</p> <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <p>六、競賽前 3 日，如經衛生單位通知為「居家隔離」、「居家檢疫」、「加強自主健康管理」及「自主健康管理」之身分者，請主動告知主辦單位，並禁止參賽。</p>		

※配合防疫人人有責，資料僅供防疫需求使用，本人對上述問題均據實填寫。依傳染病防治法第 37 條第 1 項第 6 款規定，如有拒絕、規避、妨礙或填寫不實者，依法處新臺幣 3,000-15,000 元罰鍰。本人確認以上聲明均為屬實，並同意承擔因提供不實資訊而導致的相關法律責任。

填寫人(簽章)：

未成年法定代理人(簽章)：

填寫日期:111 年 月 日

附件

- 接種紀錄(可用影本之「紙本疫苗接種卡」、「健保快易通—健康存摺 APP」或「數位新冠病毒健康證明」之截圖並簽名。)
- 家用快篩檢驗陰性證明需將快篩結果併同該篩劑說明書、本人、健保卡、施作日期、本人簽名一同入鏡。
- PCR 檢驗陰性證明 檢附醫療院所開立之證明。

-----附件黏貼處-----