**110學年度全國有氧體操錦標賽 個人健康聲明書**

|  |
| --- |
| 身分別：□大會人員(裁判、工作人員、志工) 職稱：  □各單位職員(教練、選手) 單位： 職稱：  |
| 姓名： | 性別： | 出生日期： 年 月 日 |
| 身分證字號：  | 連絡電話： |  |
| **1.您最近14天內是否有以下症狀：**□發燒**（**≧38℃**）** 【必須符合】□咳嗽□流鼻水□鼻塞□喉嚨痛□肌肉痠痛□頭痛□極度疲倦感□嗅味覺失常□其他 □無**2.您於活動前14天內之國內、國外旅遊史（Travel）：**□有;日期： 地點(國家/地區)： 【必填】 □無**3.本人參與本賽會前已確認未符合下列任一情況:**1. 為嚴重特殊傳染性肺炎疑似感染或確診者。
2. 本人或本人之家庭成員(或密切接觸者)，過去兩星期內曾接觸嚴重特殊傳染性肺炎之疑似感染或確診個案者。
3. 配合嚴重特殊傳染性肺炎居家隔離、居家檢疫、加強自主健康管理或自主健康管理中。
4. 已出現與嚴重特殊傳染性肺炎相關的症狀。
 |
| ※配合防疫人人有責，本人對上述問題均據實填寫。 填寫人簽名： 未成年法定代理人簽名: 填寫日期:110年 月 日 |