

「臺南市111年國民中小學大隊接力班際對抗賽」健康聲明切結書
姓名：

身份：

參賽學生 領隊 管理 教練 其他_____

聯絡電話：(參賽學生可寫學校電話)

通訊地址：(參賽學生可寫學校地址)

一、您過去 14 天內是否有以下症狀(可複選，含已就醫、服藥者)：

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 發燒 | <input type="checkbox"/> 咳嗽 | <input type="checkbox"/> 呼吸急促 |
| <input type="checkbox"/> 流鼻水、流鼻涕/鼻塞 | <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> 喉嚨痛 |
| <input type="checkbox"/> 味覺、嗅覺異常 | <input type="checkbox"/> 腹瀉 | <input type="checkbox"/> 全身倦怠 |
| <input type="checkbox"/> 四肢無力 | <input type="checkbox"/> 其他： | |
| <input type="checkbox"/> 否 | | |

二、您是否具備「居家隔離」、「居家檢疫」、「加強自我健康管理」、「自主健康管理」之身分？

- 是(居家隔離 居家檢疫 加強自主健康 自主健康管理)
否

三、競賽前 1 日，如經衛生單位通知為「居家隔離」、「居家檢疫」、「加強自我健康管理」、「自主健康管理」之身分者，請主動告知主辦單位。

※資料僅供防疫需求使用，本人對上述問題均應據實填寫

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。

填寫人簽名：_____ 未成年者由代理人簽名：_____

填寫日期：111 年 1 月 日

「臺南市111年中等學校聯合運動會」健康聲明切結書

姓名：

身份：

參賽學生 領隊 管理 教練 其他 _____

聯絡電話：(參賽學生可寫學校電話)

通訊地址：(參賽學生可寫學校地址)

一、您過去 14 天內是否有以下症狀(可複選，含已就醫、服藥者)：

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 發燒 | <input type="checkbox"/> 咳嗽 | <input type="checkbox"/> 呼吸急促 |
| <input type="checkbox"/> 流鼻水、流鼻涕/鼻塞 | <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> 喉嚨痛 |
| <input type="checkbox"/> 味覺、嗅覺異常 | <input type="checkbox"/> 腹瀉 | <input type="checkbox"/> 全身倦怠 |
| <input type="checkbox"/> 四肢無力 | <input type="checkbox"/> 其他： | |
| <input type="checkbox"/> 否 | | |

二、您是否具備「居家隔離」、「居家檢疫」、「加強自我健康管理」、「自主健康管理」之身分？

- 是(居家隔離 居家檢疫 加強自主健康 自主健康管理)
- 否

三、競賽前 1 日，如經衛生單位通知為「居家隔離」、「居家檢疫」、「加強自我健康管理」、「自主健康管理」之身分者，請主動告知主辦單位。

※資料僅供防疫需求使用，本人對上述問題均應據實填寫

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。

填寫人簽名：_____ 未成年者由代理人簽名：_____

填寫日期：111 年 1 月 日