

都江堰市领川实验学校

2021年秋季学期新冠疫情防控承诺书

我是都江堰市领川实验学校_____年级_____班学生_____

性别：_____年龄：_____到校体温：_____联系方式：_____

身份证号码：_____家庭住址：_____

序号	内容	结果
1	普法告知：请您如实告知并确认以下流行病学史属实，如果因为隐瞒流行病学史而导致传染病传播风险，按照《中华人民共和国传染病防治法》和《突发公共卫生事件应急条例》规定，可能涉嫌违法，将承担相应法律责任。感谢您的理解和配合！	<input type="checkbox"/> 已告知 <input type="checkbox"/> 未告知
2	请问您14天内是否有到国内外疫区及其他疫情较重地区的旅居史及居住史？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3	请问您14天内是否曾接触过来自国内外疫区及其他疫情较重的地区的发热患者？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4	请问您14天内是否曾接触过来自国内外疫区及其他疫情较重的地区的有呼吸道症状的患者？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5	请问您14天内是否有到其他有病例报告社区的旅居史或居住史？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6	请问您14天内是否曾接触其他有病例报告社区的发热患者？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
7	请问您14天内是否曾接触其他有病例报告社区的有呼吸道症状的患者？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
8	请问14天内您生活和工作的地方是否存在聚集性发病（2例及以上）？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
9	请问14天内您是否与新型冠状病毒感染者（病人）有过接触？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
10	请问您14天内是否被要求隔离观察？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
11	请问您近期14天内是否有如下症状/体征？（可多选） <input type="checkbox"/> 发热 <input type="checkbox"/> 乏力 <input type="checkbox"/> 干咳 <input type="checkbox"/> 鼻塞 <input type="checkbox"/> 肌痛 <input type="checkbox"/> 咽痛 <input type="checkbox"/> 腹泻 <input type="checkbox"/> 气短 <input type="checkbox"/> 呼吸困难 <input type="checkbox"/> 以上均无 <input type="checkbox"/> 其他：（ ）	

本人承诺：如实填写以上内容，按学校要求做好防控相关工作，因主观原因漏报、迟报、隐报、谎报、乱报造成的一切后果由我本人承担。

承诺人（签字及手印）：

年 月 日