**个人健康卡**

**学校（单位）名称： 班级： 身份证号码：**

**姓名： 常住家庭详细地址：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **时间** | **体温是**  **否正常** | **同居住家庭成员**  **体温是否正常** | **本人及同住家庭成员是否往来湖北** | **本人及同住家庭成员是否与湖北人有过密切接触** | **个人及家人身体健康情况** |
| **2020.5.2** |  |  |  |  |  |
| **2020.5.3** |  |  |  |  |  |
| **2020.5.4** |  |  |  |  |  |
| **2020.5.5** |  |  |  |  |  |
| **2020.5.6** |  |  |  |  |  |
| **2020.5.7** |  |  |  |  |  |
| **2020.5.8** |  |  |  |  |  |
| **2020.5.9** |  |  |  |  |  |
| **2020.5.10** |  |  |  |  |  |
| **2020.5.11** |  |  |  |  |  |
| **2020.5.12** |  |  |  |  |  |
| **2020.5.13** |  |  |  |  |  |
| **2020.5.14** |  |  |  |  |  |
| **2020.5.15** |  |  |  |  |  |
| **2020.5.16** |  |  |  |  |  |
| **2020.5.17** |  |  |  |  |  |
| **2020.5.18** |  |  |  |  |  |
| **2020.5.19** |  |  |  |  |  |
| **2020.5.20** |  |  |  |  |  |
| **2020.5.21** |  |  |  |  |  |
| **2020.5.22** |  |  |  |  |  |

**家长亲笔手写承诺：（ 请在下列横线处郑重承诺：“本健康卡所填内容完全真实，如有弄虚作假，一切责任自负！”)**

**家长签名：**