彰化縣111學年度學生舞蹈比賽**團體組**

因應嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)參賽隊伍健康聲明書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **本聲明書請連同「滿14日第2劑疫苗施打證明」 或「3至7日快篩陰性證明」於檢錄時繳交** | | | | |
| 單位名稱 |  | 參加組別及舞碼 | 出場序 | 參賽人數 |
| 領隊聯絡電話  手 機 市 話 | | | | |
| 本次參賽隊伍人員(學生)過去 14 天是否有下列情形：  1.有發燒、咳嗽或呼吸急促症狀（已服藥者亦需填寫「是」）？  □是 ：□發燒 □咳嗽 □呼吸急促  □否  2.是否屬於「具感染風險民眾追蹤管理機制」實施對象之「居家隔離」及「居家檢疫」及「自主健康管理」之社區監測通報採檢個案實施之對象者？  □是 □否  3.曾接觸來自國外有發燒或呼吸道症狀人士?  □是 □否  4.是否於14天內有接觸確診之新型冠狀病毒肺炎(COVID-19)個案?  □是 □否 | | | | |
| 本隊同意上述說明資料屬實  (領隊簽名) 填寫日期：中華民國111年 月 日 | | | | |
| 健康說明(領隊老師) (無則免填) | | | | |
| 姓名 | | | | |
| 聯絡電話  手 機 市 話 | | | | |
| 請問您過去 14 天是否有下列情形：  1.有發燒、咳嗽或呼吸急促症狀（已服藥者亦需填寫「是」）？  □是 ：□發燒 □咳嗽 □呼吸急促  □否  2.是否屬於「具感染風險民眾追蹤管理機制」實施對象之「居家隔離」及「居家檢疫」及「自主健康管理」之社區監測通報採檢個案實施之對象者？  □是 □否  3.曾接觸來自國外有發燒或呼吸道症狀人士?  □是 □否  4.是否於14天內有接觸確診之新型冠狀病毒肺炎(COVID-19)個案?  □是 □否 | | | | |
| 本人同意上述說明資料屬實  (簽名) 填寫日期：中華民國111年 月 日 | | | | |

彰化縣111學年度學生舞蹈比賽**個人組**

因應嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)參賽者健康聲明書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **本聲明書請連同「滿14日第2劑疫苗施打證明」 或「3至7日快篩陰性證明」於檢錄時繳交** | | | |
| 參賽者姓名 |  | 參加組別及舞碼 | 出場序 |
| 聯絡電話  手 機 市 話 | | | |
| 請問您過去 14 天是否有下列情形：  1.有發燒、咳嗽或呼吸急促症狀（已服藥者亦需填寫「是」）？  □是 ：□發燒 □咳嗽 □呼吸急促  □否  2.是否屬於「具感染風險民眾追蹤管理機制」實施對象之「居家隔離」及「居家檢疫」及「自主健康管理」之社區監測通報採檢個案實施之對象者？  □是 □否  3.曾接觸來自國外有發燒或呼吸道症狀人士?  □是 □否  4.是否於14天內有接觸確診之新型冠狀病毒肺炎(COVID-19)個案?  □是 □否 | | | |
| 本人同意上述說明資料屬實  (本人簽名) 填寫日期：中華民國110年 月 日 | | | |
| 健康說明(領隊老師) (無則免填) | | | |
| 姓名 | | | |
| 聯絡電話  手 機 市 話 | | | |
| 請問您過去 14 天是否有下列情形：  1.有發燒、咳嗽或呼吸急促症狀（已服藥者亦需填寫「是」）？  □是 ：□發燒 □咳嗽 □呼吸急促  □否  2.是否屬於「具感染風險民眾追蹤管理機制」實施對象之「居家隔離」及「居家檢疫」及「自主健康管理」之社區監測通報採檢個案實施之對象者？  □是 □否  3.曾接觸來自國外有發燒或呼吸道症狀人士?  □是 □否  4.是否於14天內有接觸確診之新型冠狀病毒肺炎(COVID-19)個案?  □是 □否 | | | |
| 本人同意上述說明資料屬實  (簽名) 填寫日期：中華民國111年 月 日 | | | |

彰化縣111學年度學生舞蹈比賽**隊伍工作人員**

因應嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)參賽隊伍健康聲明書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **本聲明書請確實填寫(含道具、攝影、播音人員)，每人皆須填寫，倘兼任不同隊伍工作人員，請分開填寫。並於報到入場時交予工作人員，說明如下：**   1. 道具人員：請於入場時交予**後台(道具出入口)**檢錄人員。 2. 攝影人員：請於入場時交予**報到區**工作人員。 3. 播音人員：請於入場時交予**報到區**工作人員。 4. **未繳交者，恕不同意入場**。 | | | |
| 單位名稱 |  | 參加組別及舞碼 | 出場序 |
| 領隊聯絡電話  手 機 市 話 | | | |
| 請問您過去 14 天是否有下列情形：  1.有發燒、咳嗽或呼吸急促症狀（已服藥者亦需填寫「是」）？  □是 ：□發燒 □咳嗽 □呼吸急促  □否  2.是否屬於「具感染風險民眾追蹤管理機制」實施對象之「居家隔離」及「居家檢疫」及「自主健康管理」之社區監測通報採檢個案實施之對象者？  □是 □否  3.曾接觸來自國外有發燒或呼吸道症狀人士?  □是 □否  4.是否於14天內有接觸確診之新型冠狀病毒肺炎(COVID-19)個案?  □是 □否 | | | |
| 本隊同意上述說明資料屬實  (本人簽名) 填寫日期：中華民國111年 月 日 | | | |