

附件2:

大连瓦房店师范学校学生及共同居住人健康监测及活动轨迹情况统计

(2022年9月16日—25日)

姓名:

班级学号:

联系电话:

家庭住址:

日期	当日体温 (学生)	本人及共同居住人身体是否异常 (如有异常, 写清具体情况)	本人及共同居住人是否有风险区旅居史、接触史 (如有, 务必写清楚)	本人签字	监护人签字
9月16日					
9月17日					
9月18日					
9月19日					
9月20日					
9月21日					
9月22日					
9月23日					
9月24日					
9月25日					

说明: 以上内容由本人真实填写, 监护人签字, 若有信息失真, 出现防控以外, 将追究法律责任。

监护人签字: _____

学生本人签字: _____