**附件二：**

**身体健康情况申报表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 政治面貌 |  |
| 年龄 |  | 出生日期 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号 |  | 申请学院/医院 |  |
| 申请专业代码 |  | 申请专业 |  |
| 是否能正常参加符合报考专业要求的学习和科研活动 |  |
| 是否符合《普通高等学校招生体检工作指导意见》(教学[2020]3号)中所报考专业的相关身体健康要求： |  |
| 其他身体健康情况说明 |  |
| 我已知晓《普通高等学校招生体检工作指导意见》(教学[2020]3号)中相关要求，确认自身健康状况符合所报考专业相关要求，并承诺以上填写信息均为真实。若有弄虚作假，自愿承担一切后果。考生签名 ： 2023 年 月 日  |