**自我健康聲明書**

姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_隊名： 組別：

身份：(請勾選)

□參賽選手  □隊職員 □工作人員 □裁判 □其他 ： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

聯絡電話： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

通訊地址：

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **您過去14 天內是否有以下症狀(可複選，含已就醫、服藥者)：**

□發燒 fever（耳溫≧38°C；額溫≧37.5°C）

□咳嗽 □呼吸急促

□流鼻水、流鼻涕/鼻塞

□頭痛 □喉嚨痛

□其他呼吸道症狀：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□味覺、嗅覺異常

□腹瀉

□全身倦怠 □四肢無力

□其他非呼吸道症狀：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□無

1. **您是否具備****「居家隔離」、「居家檢疫」、「加強自主健康管理」、「自主健康管理」之身分？**

□是(□居家隔離□居家檢疫□加強自主健康管理□自主健康管理)

□無

1. **是否有其他您認為應聲明之事項：**

□有 ：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□無

1. **參賽前1日，如經衛生單位通知為「居家隔離」、「居家檢疫」、「加強自主健康管理」、「自主健康管理」之身分者，請主動告知大會。**

**※配合防疫人人有責，資料僅供防疫需求使用，本人對上述問題均應據實填寫**

依傳染病防治法第 37 條第 1 項第 6 款規定，如有拒絕、規避、妨礙或填寫不實者，依法處新臺幣 3,000-15,000 元罰鍰。

本人確認以上聲明均為屬實，並同意承擔因提供不實資訊而導致的相關法律責任。

填寫人簽名： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

填寫日期 : \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日