附件8：

考生身体健康情况说明

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 证件号码 |  |
| 年龄 |  | 出生日期 |  | 联系电话 |  |
| 报考学院 | |  | | 报考专业 |  |
| 家族遗传病史 | | 无 有 若有请详述： | | | |
| 既往重大疾病史 | | 无 有 若有请详述： | | | |
| 既往外伤史 | | 无 有 若有请详述： | | | |
| 既往手术史 | | 无 有 若有请详述： | | | |
| 既往视力、听力情况 | | 正常 异常 若异常请详述： | | | |
| 传染病史 | | 无 有 若有请详述： | | | |
| 体质情况 | | 良好 较弱 若较弱请详述： | | | |
| 能否正常参加 符合报考专业要求的学习和科研活动 | | 是 否 若否请详述： | | | |
| 其他身体健康情况说明 | |  | | | |
| 我确认自身健康状况符合所报考学院及专业要求，并承诺以上填写信息均为真实，未隐瞒病史。若有弄虚作假，自愿承担一切后果。  考生本人手写签名：  日期：2025年 月 日 | | | | | |