附件1

**2021年武汉市高中阶段学校招生抗疫一线医务人员**

**子女考生申报表**

区 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 民族 | |  | 出生年月 | | |  | 报名号 | |  |
| 家庭住址 | |  | | | | | | | | | | 籍 贯 | |  |
| 毕 业 学 校 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 申报优录类别 | | | | 抗疫一线医务人员子女 | | | | | | | | | | |
| 父亲（或母亲）姓名  （须为一线医务人员） | | | |  | | 与考生  关系 | | |  | | 身份证号码 | |  | |
| 父亲（或母亲）工作单位及联系方式 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 该生中考报名信息属实。  考生所在学校经办人签字：  学校盖章：  年 月 日 | | | | | | | | | | 考生父亲（或母亲）为参加2020年抗疫的一线医务人员。  经办人签字：    单位盖章：  年 月 日 | | | | |
| 考生父亲（或母亲）为参加2020年抗疫的一线医务人员，情况属实。  经办人签字：  市区卫健局审核意见（盖章）：  年 月 日 | | | | | | | | | | 考生父亲（或母亲）为参加2020年抗疫的一线医务人员，情况属实。  经办人签字：  市市卫健委审核意见（盖章）：  年 月 日 | | | | |

附件2

**2021年武汉市高中阶段学校招生抗疫一线医务人员子女考生申报汇总表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 考生姓名 | 性别 | 毕业学校 | 报名号 | 父亲（或母亲）  姓 名 | 身份证号 | 工作单位 | 备 注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

区 年 月 日