附件1

**2020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 |