附件5

**安徽省第五届职工运动会参赛人员健康及购买保险情况反馈表**

单位：（盖章） 参赛项目： 填表人： 填报日期：2024年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 运动员姓 名 | 身体健康状况 | 购买保险情况 |
| **心电图（心脏是否正常）** | **血压是否正常** | **有无心血管疾病** | **有无传染病** | **是否购买保险** |
| 正常 | 不正常 | 正常 | 不正常 | 无 | 有 | 无 | 有 | 已办理 | 未办理 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表说明：

1、各代表团要本着对运动员负责的态度，认真填写。

2、本表加盖公章后，与报名表一并上报；比赛报到时向报到接待组提供一份。

3、本表不得弄虚作假。如因虚报实情，造成意外，由各代表团自行负责。