

***考生所填信息要求字迹清晰、准确，特别是姓名、身份证号码等重要信息的填写。**

公安院校公安专业本专科招生政治考察表

报考序号：**非考生填写**。各市局按照省厅下发名单中的序号进行填写，每名考生所有表格均为同一序号。

姓 名	**	曾用名	无 (按实际填写)	性 别	男/女	近期 1 寸照片 (底色无要求)
出生日期	2006. 6. 1	政治面貌	共青团员	民 族	*族	
宗教信仰	无 (按实际填写)	婚姻状况	未婚	籍 贯	*省*市	
文化程度	普通高中	健康状况	健康	生源省份	*省*市	
身份证号码	*****		手机号码	*****		
参加团组织情况	无 (按实际填写)		通讯地址	*省*市*区*街道*路*号		
户籍所在地	*省*市*区 (以高考报名时户籍所在地为准)					
经常居住地	*省*市*区*街道*路*号					
主 要 经 历	起止时间	所在学校或者单位		身份或者所从事岗位		证明人
	2012. 9-2018. 7	**小学		学生		班主任姓名
	2018. 9-2021. 7	**中学		学生		班主任姓名
	2021. 9-2024. 7	**高中		学生		班主任姓名
	转学或复读按时间接续					
出 国 (境) 情 况	起止时间	所到国家或者地区		出国(境)证件类型及编号		事 由
	2020. 2. 1-2020. 2. 6	**国/**地		护照/港澳、台湾通行证+编号		旅游/探亲/留学
	无相关情况在第一个空格填写“无”					

注：1、所有栏目均需要填写，若无相关情况请填写“无”。2、主要经历从小学学习经历开始填写。

受处分或者违法犯罪情况	受处理时间	所受处理种类及原因		作出处理单位	
	2022. 12. 1	**		**学校/**公安机关	
	无相关情况在第一个空格填写“无”				
家庭成员情况	称谓	姓名	身份证号码	国籍及国境外居留情况	工作单位及职务
	父亲 (必填)	**	*****	中国, 无或所到国家	未就业(个体/离退休/农民)填家庭住址; 已去世填“已故”; 学生填就读学校。
	母亲 (必填)	**	*****	中国, 无或所到国家	未就业(个体/离退休/农民)填家庭住址; 已去世填“已故”; 学生填就读学校。
	继父				
	继母				
	养父				
	养母				
	兄弟 (未婚)				
姐妹 (未婚)					
主要社会关系情况	称谓	姓名	身份证号码	工作单位及职务	
	祖父	**	*****	未就业(个体/离退休/农民)填家庭住址; 已去世填“已故”; 学生填就读学校。	
	祖母	**	*****	未就业(个体/离退休/农民)填家庭住址; 已去世填“已故”; 学生填就读学校。	
	外祖父	**	*****	未就业(个体/离退休/农民)填家庭住址; 已去世填“已故”; 学生填就读学校。	
	外祖母	**	*****	未就业(个体/离退休/农民)填家庭住址; 已去世填“已故”; 学生填就读学校。	
	兄弟 (已婚)				
	姐妹 (已婚)				

填写内容同上

填写内容同上

注：家庭成员指考生的父母（监护人、直接抚养人）（有共同生活经历的生父母、养父母和有抚养关系的继父母）、未婚兄弟姐妹（有共同生活经历的同父母的兄弟姐妹、同父异母或者同母异父的兄弟姐妹、养兄弟姐妹、有抚养关系的继兄弟姐妹）；主要社会关系指考生的已婚兄弟姐妹、祖父母、外祖父母；已去世人员信息也需要填写。

公安院校公安专业本专科招生考生患病经历申报表

报考序号：**非考生填写**。各市局按照省厅下发名单中的序号进行填写，每名考生所有表格均为同一序号。

姓名	**	曾用名	无 (按实际填写)	性别	男/女	近期1寸照片 (底色无要求)
出生日期	2006.6.1	政治面貌	共青团员	民族	*族	
宗教信仰	无 (按实际填写)	婚姻状况	未婚	籍贯	*省*市	
文化程度	普通高中	健康状况	健康	生源省份	*省*市	
身份证号码	*****	手机号码	*****			
病名						是否曾经罹患或者正在罹患
外科	颅骨缺损, 颅内异物存留, 颅脑畸形, 脑外伤后综合征					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	颈部运动功能受限, 斜颈, 三度以上单纯性甲状腺肿					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	骨、关节、滑囊疾病或者损伤及其后遗症, 骨、关节畸形或者残缺, 脊柱畸形, 胸廓畸形, 习惯性脱臼, 腰椎间盘突出, 强直性脊柱炎, 影响肢体功能的腱鞘疾病, 颈、胸、腰椎骨折史, 严重四肢骨折史					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	肘关节过伸超过15度, 肘关节外翻超过20度					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	两下肢不等长超过2厘米, 膝内翻股骨内踝间距离超过7厘米, 膝外翻胫骨内踝间距离超过7厘米					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	手指、足趾畸形或者残缺, 足底弓完全消失的扁平足, 重度皲裂症					<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	下肢静脉曲张					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	严重的慢性骨髓炎					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	外观存在明显疾病特征或者明显影响形象的特征(如五官畸形、口眼歪斜、唇腭裂、鼻洞、唇洞等)					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	面颈部瘢痕、斑痣、囊肿等, 身体其他部位影响功能的瘢痕、斑痣、囊肿等, 瘢痕体质					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	文身					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	头癣, 泛发性体癣, 疥疮, 慢性泛发性湿疹, 慢性荨麻疹, 泛发性神经性皮炎, 银屑病, 白癜风, 其他传染性或者难以治愈的皮肤病					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	淋病, 梅毒, 软下疳, 性病性淋巴肉芽肿, 尖锐湿疣, 生殖器疱疹, 艾滋病					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	腋臭					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	肢体功能障碍(如下蹲不全、步态异常等)					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
内科	风湿性心脏病、心肌病、冠心病、先天性心脏病等器质性心脏病					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	高血压病					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	血液系统疾病					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	结核病					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	慢性支气管炎伴阻塞性肺气肿, 支气管扩张, 支气管哮喘					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	慢性胰腺炎、溃疡性结肠炎、克罗恩病等严重慢性消化系统疾病					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	各种急慢性肝炎和肝硬化					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	恶性肿瘤					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	肾炎, 慢性肾盂肾炎, 多囊肾, 肾功能不全					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	糖尿病、尿崩症、肢端肥大症、甲状腺功能亢进等内分泌系统疾病					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	癫痫病史, 精神病史, 癔病史, 夜游症, 严重的神经官能症(经常头痛头晕、失眠、记忆力明显下降等)					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	精神活性物质滥用和依赖, 吸毒史					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	红斑狼疮、皮肌炎和/或多发性肌炎、硬皮病、结节性多动脉炎、类风湿性关节炎等各种弥漫性结缔组织疾病, 大动脉炎					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	晚期血吸虫病, 晚期血丝虫病兼有橡皮肿或者有乳糜尿					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	有梗阻的胆结石或者泌尿系结石					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
脏器残缺或者移植					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
耳鼻科	单侧耳语听力低于5米					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	嗅觉迟钝或者丧失					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
眼科	单侧裸眼视力低于4.8					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	色盲或者色弱					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	共同性内、外斜视超过15度					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	明显视功能损害眼病					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
其他	手术史、严重外伤史、严重疾病史以及治疗治愈情况： 考生根据实际情况填写； 如无相关情况，此处填写“无”。					
考生承诺	本人承诺，以上信息均真实、准确、完整。若存在不实，则体检结论为不合格，自愿承担取消公安院校公安专业投档录取资格、取消入学资格、取消学籍等后果。 考生(签名)： 考生 2024年X月X日					