附件1

未参加2024年高招体检考生花名册

（普通高考/高职分类招考）

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 设区市(盖章)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **考生号** | **姓名** | **性别** | **毕业学校** | **考生未参加体检原因** | **县区** | **备注（普通高考/高职分类）** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |

注：1.本表由设区市高招办按表样自行印制，本表一式二份，市高招办、省教育考试院各一份。

 2.本表应按普通高考和高职院校分类考试招生分别汇总。

附件2

2024年福建省普通高等学校招生体检

复检（终检）申请表

\_\_\_\_\_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_\_\_县(市、区) 考生号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 考试类别

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 所在学校或单位 |  |
| 县级体检医院意见 | 主检医生(签章) 县(市、区)高招办(盖章)医院盖章： 年 月 日 |
| 市级复检医院意见 | 主检医生(签章) 设区市高招办(盖章)医院盖章： 年 月 日 |
| 省终检医院意见 | 主检医生(签章) 省教育考试院(盖章)医院盖章： 年 月 日 |

注： 1.本表由各市、县(区)高招办按表样自行印制，本表一式二份。

2.主检医生应详细记录不合格考生体检情况和结论，上报时应附不合格项目原始报告单。

3.体检不合格考生申请复检由县(市、区) 高招办报设区市高招办；经复检仍不合格申请终检考生由设区市汇总上报省教育考试院(复检合格考生无需上报)。

附件3

2024年福建省普通高等学校招生体检申请复检（终检）考生花名册

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_县(市、区) 高招办填表人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 联系电话:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 填表时间:\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **考生号** | **姓 名** | **性别** | **毕业学校** | **体检不合格项目** | **是否申****请复检** | **是否申****请终检** | **手机号码** | **考试类别** | **备注** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1.本表由各市、县(区)高招办按表样自行印制，本表一式二份。

2.体检不合格申请复检考生由县（市、区）高招办汇总上报设区市高招办，经复检仍不合格申请终检考生由设区市高招办汇总上报省教育考

试院。凡复检合格的，无需再上报。

附件4

2024年福建省普通高等学校招生残疾考生登记表

　　　 市　　　　县(市、区) 考生号 考试类别

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 残疾人证号 |  | 残疾等级 |  |
| 残疾类别 |  | 所在学校或单位 |  |
| 残疾情况及生活自理情况 | 考生(签章)： 家长(签章)：年 月 日 |
| 县残联意见 | 县残联(盖章)：年 月 日 |
| 体检医院及高招办意见 | 主检医生(签章) ： 县(市、区)高招办(盖章)： 年 月 日 |

注：1.本表由各市、县(区)高招办按表样自行印制。

2.残疾考生应如实填写残疾情况和生活自理情况，并有县残联“情况属实”证明。

3.体检医院应详细填写残疾考生的残疾状况和生活自理状况。

4.本表一式六份，设区市、县(市、区)高招办、残联各一份，省教育考试院、省残联各一份。

附件5

2024年福建省普通高等学校招生残疾考生花名册

　　　 　市　　 　　 县(市、区) 高招办填表人：　　 　　 联系电话: 　　 　　 填表时间: 　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **考生号** | **姓名** | **性别** | **毕业学校** | **残疾人证号** | **残疾等级** | **残疾类别** | **生活能否自理** | **考试类别** | **备注** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1.本表由各市、县（区）高招办按表样自行印制。

 2.本表一式六份，设区市、县(市、区)高招办、残联各一份，省教育考试院、省残联各一份。

 3.本表请按残疾考生残疾类别分类汇总报送，残疾类别包括：肢体、视力、听力、言语、智力、精神、多重残疾。

 4.设区市招办汇总后，同时将本表电子文档发送至省教育考试院普招处邮箱：ksypzc@mail.eeafj.cn