

# 2020年公安院校公安专业 招生面试体检体能测评考生须知

为做好山东省2020年公安院校公安专业招生面试体检体能测评组织工作，确保每位考生顺利完成面试体检体能测评，请广大考生仔细阅读以下内容：

## 一、面试体检体能测评资格

凡报考公安院校的考生，必须参加全省统一组织的招生面试体检体能测评。只有进入省教育招生考试院官网公布的面试体检体测名单、且县级公安机关招生考察合格的考生，才具有参加公安院校招生面试体检体能测评的资格。

## 二、时间地点

时间	生源范围	地点
8月2日	青岛、烟台、威海、日照	山东警察学院明水校区： 济南市章丘区章莱路 2555号
8月3日	济南、淄博、泰安、德州	
8月4日	枣庄、临沂、滨州、菏泽 <b>报考新疆警察学院的考生</b>	
8月5日	东营、潍坊、济宁、聊城	

说明：

1. 公安院校包括中国人民公安大学、中国人民警察大学、中国刑事警察学院、铁道警察学院、南京森林警察学院、新疆警察学院和山东警察学院。

2. 请考生按指定日期参加面试体检体测。

3. 特别注意：报考新疆警察学院的考生须在8月4日上午参加面试、体检和体能测评，如果不按时参加视为放弃。

### 三、防疫要求

为保障考生健康安全和面试体检体测平稳顺利，请广大考生严格执行如下疫情防控要求：

（一）加强防疫知识学习，积极采取防控措施，做好个人防护。面试体检体测前14天内每日自觉进行体温测量、记录及健康状况监测。建议考生面试体检体测前14天内无特殊情况不要离开所在地。

（二）考生须填写《考生健康承诺书》，进入面试体检体测现场（以下简称现场）时将《考生健康承诺书》交现场工作人员，经检查合格后方可进入现场。

（三）面试体检体测前有发热（超过 $37.3^{\circ}\text{C}$ 标准体温）的考生及面试体检体测前14天内有非低风险地区或境外旅居经历的考生，务必前往当地定点医疗机构发热门诊作检测，报到时需提供7日内核酸检测报告。

（四）考生体温超过 $37.3^{\circ}\text{C}$ 的不能进入现场；体温高于 $37.3^{\circ}\text{C}$ 的考生，需进行体温复测；体温复测后仍高于 $37.3^{\circ}\text{C}$ ，可在8月5日参加面试体检体测，同时需提供3日内核酸检测报告。

（五）考生在面试体检体测期间一旦出现发热、干咳、乏力、鼻塞、流涕、咽痛、腹泻等症状，应立即向工作人员报告，并服从现场安排。

（六）考生进入现场，须自觉接受体温检测，全程佩戴口罩（核验身份、面试、体能测评和体检的部分环节除外），服从现场工作人员管理，现场内不得随意走动。

(七) 建议考生尽量穿着浅色衣服参加面试体检体测，防止入场检测时体温升高。

(八) 考生之间应保持 1 米以上距离，避免近距离接触交流。

(九) 面试体检体测结束后，考生应按规定通道有序离开现场，避免人员聚集。

(十) 所有送考、陪考人员和车辆不得进入现场。为了大家的自身健康和生命安全，陪同家长不得进入现场，不得在现场周边逗留、聚集。

#### **四、携带材料**

考生须携带以下材料参加面试体检体测：身份证、高考准考证、考察材料、3 张一寸近期免冠照片、《考生健康承诺书》、《患病经历和有关情况说明》、签字笔，面试体检体测费 90 元（微信、支付宝、刷卡或现金均可）。

#### **五、其他事项**

(一) 因面试体检体测时间较长，为保证充沛体能，考生可携带少量食品和饮用水入场。

(二) 本次面试体检体测没有采血化验项目。

(三) 考生着装须便于运动。

(四) 考生及考生家长须仔细阅读《患病经历和有关情况说明》有关内容，实事求是做出承诺。

(五) 请考生和家长务必确认考生身体健康。考生因身体健康状况不良等自身原因，导致体能测评中出现中暑、致病、

伤亡等一切后果由考生本人承担。

（六）在体能测评前，考生要严格按照工作人员要求，做好热身等准备活动，根据身体情况量力而行，减少测评过程中出现受伤等情况。

（七）考生若对检测结果有疑问，可当场向工作人员询问或申请现场审核，离开检测场地后不予受理。

- 附件：1. 山东省 2020 年公安院校招生考生健康承诺书  
2. 患病经历和有关情况说明

## 附件 1

## 山东省 2020 年公安院校招生考生健康承诺书

考生姓名		考生号	
联系方式		身份证号	
健康申明	<p>1. 面试体检体测前 14 天内，是否接触新冠肺炎确诊病例、疑似病例、无症状感染者？ <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</p> <p>2. 面试体检体测前 14 天内，是否出现发热、干咳、乏力、鼻塞、流涕、咽痛、腹泻等症状？ <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</p> <p>3. 面试体检体测前 14 天内，是否有非低风险地区或境外旅居史？ <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</p> <p>4. 面试体检体测前 14 天内，本人或家庭成员是否有疫情重点地区旅居史和接触史？ <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</p> <p>5. 面试体检体测前 14 天内，所在社区（村居）是否有确诊病例、疑似病例？ <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</p>		
考生承诺	<p>本人参加山东省 2020 年公安院校公安专业招生面试体检体能测评，现郑重承诺：</p> <p>本人如实逐项填报健康申明，如因隐瞒或虚假填报引起不良后果，本人愿承担相应的法律责任。</p> <p style="text-align: right;">考生签名：</p> <p style="text-align: right;">日期：      年    月    日</p>		

注：“健康申明”中 1-5 项为“是”的，考生入场前须提供 7 日内有效核酸检测结果。

## 附件 2

## 患病经历和有关情况说明

病 名	有/无	治愈时间	病 名	有/无	治愈时间	备 注	
心脏病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		精神病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无			
高血压病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		神经官能症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无			
血液系统疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		夜游症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无			
结核病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		精神活性物质 滥用和依赖史	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无			
肺气肿	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		吸毒史	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无			
支气管扩张	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		结缔组织病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无			
支气管哮喘	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		血吸虫病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无			
胰腺疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		血丝虫病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无			
严重消化 系统疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		颅脑畸形 颅脑损伤	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无			
急慢性肝炎	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		慢性骨髓炎	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无			
肝硬化	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		胆结石	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无			
恶性肿瘤	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		泌尿系统结石	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无			
急慢性肾炎	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		性 病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无			
肾功能异常	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		艾滋病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无			
糖尿病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		手术史	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无			
甲 亢	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		严重外伤史	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无			
内分泌系统 疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		文 身	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无			
癲 痫	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		其 他	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无			
考生承诺	本人承诺，以上信息均真实、准确。如有不实，愿承担一切后果。						
	考 生（签名）：						
	年 月 日						