





考生表现情况	泄露国家秘密、工作秘密，或者有危害国家安全、荣誉和利益行为。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	组织、参加、支持暴力恐怖、民族分裂、宗教极端、邪教、黑社会性质等非法组织，或者参与相关活动。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	组织、参加反对中国共产党的理论和路线方针政策的网络论坛、群组、直播等活动。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	编造、制作、发表、出版、传播反对中国共产党、反对中国特色社会主义制度或者违反国家法律法规的有害信息，或者参加国家禁止的政治性组织等。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	通过网络组党结社，参与或者动员不法串联、联署、集会等网上非法活动。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	曾受到刑事处罚或者依据刑法被免于刑事处罚，或者曾被劳动教养、收容教养或者收容教育。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	曾因结伙斗殴、盗窃、诈骗、哄抢、抢夺、敲诈勒索等行为，受到行政拘留处罚。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	曾被开除团籍或者受到开除学籍处分。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	组织、参加、支持非法集会、游行、示威等活动。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	组织、参加、支持色情、吸毒、赌博、迷信等活动。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	在国家法定考试中被认定有舞弊等严重违纪违规行为或者在法律规定的国家考试以外的其他考试中被认定为组织作弊。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	已取得或者正在申请国（境）外永久居留权、长期居留许可。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	个人档案中记载出生日期、参加工作时间、入党（团）时间、学历、经历、身份等信息的重要材料缺失、严重失实，且在规定的考察期限内，考察对象无法补齐或者涉嫌涂改造假无法有效认定。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	严重违反职业道德、社会公德、家庭美德；品德不良，社会责任感和为人民服务意识较差。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	被依法列为失信联合惩戒对象。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	组织、参加、支持有害气功组织或者宗教非法活动。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
曾连续六个月以上在国（境）外留学、工作、生活，对其在国（境）外期间经历和政治表现难以进行考察。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
省级以上公安机关确定的其他情形。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
家庭成员表现情况	因故意杀人、故意伤害致人重伤或者死亡、强奸、抢劫、贩卖毒品、放火、爆炸、投放危险物质罪等社会影响恶劣的严重犯罪，或者贪污贿赂数额巨大、具有严重情节，受到刑事处罚。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	有危害国家安全、荣誉和利益行为。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	组织、参加、支持暴力恐怖、民族分裂、宗教极端、邪教、黑社会性质的组织，或者参与相关活动。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	组织、参加、支持有害气功组织或者宗教非法活动。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	省级以上公安机关确定的其他情形。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
其他	不宜报考涉密性较强的特殊公安专业（方向）的情形。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无

备 注	
政 治 考 察 意 见	政治考察意见： <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格 政治考察实施机关负责同志（签名）：  政治考察实施人员（签名）： 政治考察实施机关（签章）：  联系电话： 年 月 日
政 治 考 察 审 核 意 见	政治考察审核意见： <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格 政治考察审核机关负责同志（签名）：  政治考察审核人员（签名）： 政治考察审核机关（签章）：  联系电话： 年 月 日
政 治 考 察 结 论	政治考察结论： <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格 省级公安机关政治工作部门（签章）：  负责同志（签名）： 年 月 日

附：相关证明材料。

# 公安院校公安专业本专科招生面试表

报考序号：

姓 名		曾用名		性 别		照 片
出生日期		政治面貌		民 族		
宗教信仰		婚姻状况		籍 贯		
文化程度		健康状况		生源省份		
身份证号码			手机号码			
报 考 动 机	<input type="checkbox"/> 适合接受公安院校教育和从事公安工作 <input type="checkbox"/> 不适合，原因：  <div style="text-align: right;">面试官（签名）：</div>					
言 语 表 达	<input type="checkbox"/> 适合接受公安院校教育和从事公安工作 <input type="checkbox"/> 不适合，原因： 1、口吃（      ） 2、嗓音明显嘶哑（      ） 3、其他：  <div style="text-align: right;">面试官（签名）：</div>					
身 体 协 调 性	<input type="checkbox"/> 适合接受公安院校教育和从事公安工作 <input type="checkbox"/> 不适合，原因： 1、肢体功能障碍（      ） 2、步态异常（      ） 3、其他：  <div style="text-align: right;">面试官（签名）：</div>					

心理 素质 测评	<input type="checkbox"/> 适合接受公安院校教育和从事公安工作 <input type="checkbox"/> 不适合，原因： <input type="checkbox"/> 未开展  <div style="text-align: right;">面试官（签名）：</div>
备 注	
考 生 确 认	本人对以上面试结果无异议。  <div style="text-align: right;">考 生（签名）： 年 月 日</div>
面 试 意 见	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格  <div style="text-align: right;">面试官（签名）： 年 月 日</div>
面 试 结 论	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">负责同志（签名）：</div> <div style="width: 45%;">省级公安机关政治工作部门（签章）：  年 月 日</div> </div>

# 公安院校公安专业本专科招生体检表

报考序号：

姓 名		曾用名		性 别		照 片
出生日期		政治面貌		民 族		
宗教信仰		婚姻状况		籍 贯		
文化程度		健康状况		生源省份		
身份证号码			手机号码			
外 科	身 高	厘 米	体 重	千 克	医师（签名）：	
	体重指数	千 克 / 米 <sup>2</sup>				
	影响面容且难以治愈的皮肤病（如白癜风、银屑病、血管瘤、斑痣等）					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	外观存在明显疾病特征（如五官畸形、不能自行矫正的斜颈等）					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	三度单纯性甲状腺肿					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	少白头					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	胸廓畸形，脊柱侧弯、驼背					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	膝内翻股骨内髁间距离和膝外翻胫骨内髁间距离超过 7 厘米					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	足底弓完全消失的扁平足					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	影响功能的身体瘢痕					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	面颈部瘢痕					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	唇、腭裂或唇裂术后有明显瘢痕					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	文身					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	下肢静脉曲张					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	腋臭					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
医师意见：					医师（签名）：	

内科	血 压	/ mmHg	医师（签名）：
	心 率	次/分	
耳鼻科	听 力	左耳：                  右耳：	医师（签名）：
	嗅 觉	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 迟钝 <input type="checkbox"/> 丧失	医师（签名）：
眼 科	裸眼视力	左眼：                  右眼：	医师（签名）：
	色 觉	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 色弱 <input type="checkbox"/> 色盲	医师（签名）：
	斜 视	<input type="checkbox"/> 共同性内、外斜视超过 15 度 <input type="checkbox"/> 否	医师（签名）：
备 注	省级以上公安机关确定的其他不合格情形：  其他严重疾病：  严重疾病史以及治疗治愈情况：		
	医师意见：	医师（签名）：	
考 生 承 诺 及 结 果 确 认	<p>本人承诺，未通过服用药物、使用器械等手段（如服用降血压药物、佩戴角膜塑形镜、使用拉伸增高器械等）弄虚作假，干扰体检结果。若存在上述情况，则体检结论为不合格，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。</p> <p>本人对以上体检结果无异议。</p> <p style="text-align: right;">考 生（签名）：</p> <p style="text-align: right;">年    月    日</p>		



审 核 情 况	<p>对考生申报的患病经历的审核情况：</p> <p>对考生高考体检表的审核情况：</p> <p>审核意见：<input type="checkbox"/> 合格      <input type="checkbox"/> 不合格</p> <p style="text-align: right;">审核医师（签名）： 年    月    日</p>
体 检 意 见	<p>体检意见：<input type="checkbox"/> 合格      <input type="checkbox"/> 不合格</p> <p>主检医师（签名）：<span style="margin-left: 200px;">承担体检工作的医疗机构（签章）：</span></p> <p style="text-align: right;">年    月    日</p>
体 检 结 论	<p>体检结论：<input type="checkbox"/> 合格      <input type="checkbox"/> 不合格</p> <p>负责同志（签名）：<span style="margin-left: 200px;">省级公安机关政治工作部门（签章）：</span></p> <p style="text-align: right;">年    月    日</p>

注：现场体检项目，以现场体检结果为准。

附：考生的普通高等学校招生体格检查表（复印件）。

# 公安院校公安专业本专科招生患病经历申报表

报考序号：

姓 名		曾用名		性 别		照 片
出生日期		政治面貌		民 族		
宗教信仰		婚姻状况		籍 贯		
文化程度		健康状况		生源省份		
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	影响面容且难以治愈的皮肤病（如白癜风、银屑病、血管瘤、斑痣等）					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	外观存在明显疾病特征（如五官畸形、不能自行矫正的斜颈等）					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	三度单纯性甲状腺肿					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	少白头					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	胸廓畸形，脊柱侧弯、驼背					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	膝内翻股骨内髁间距离和膝外翻胫骨内髁间距离超过 7 厘米					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	足底弓完全消失的扁平足					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	影响功能的身体瘢痕					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	面颈部瘢痕					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	唇、腭裂或唇裂术后有明显瘢痕					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	文身					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	下肢静脉曲张					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	腋臭					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	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
	严重的慢性骨髓炎					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	淋病，梅毒，软下疳，性病性淋巴肉芽肿，非淋菌性尿道炎，尖锐湿疣，生殖器疱疹，艾滋病					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
肢体功能障碍					<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

内科	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、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有乳糜尿	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	有梗阻的胆结石或泌尿系结石	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
耳鼻喉科	单侧耳语听力低于 5 米	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	嗅觉丧失或者嗅觉迟钝	<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 checked="" type="radio"/> 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：	
考生承诺	<p>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，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。</p> <p style="text-align: right;">考 生（签名）：</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>	

