“彩虹桥人才计划”项目申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | | | 性 | | 别 |  | | 籍 贯 |  | | | 照片 |
| 出生年月 |  | | | | | 政治面貌 | | |  | | 民 族 |  | | |
| 证件类型 |  | | | | | 证件号码 | | |  | | | | | |
| 手机号码 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭住址 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 是否参加过高考 | | | |  | 是口 | | | 否口 | |  | 如参加高考，成绩： | | | | |
| 是否贫困家庭 | | |  | | | | | | | | 是否有违法记录 | |  | | |
| **教 育 背 景** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 从何年何月 | | | | | | | | 至何年何月 | | | | 毕业学校 | | | |
| 年 月 | | | | | | | |  | | 年 | 月 |  | | | |
| 年 月 | | | | | | | |  | | 年 | 月 |  | | | |
| 年 月 | | | | | | | |  | | 年 | 月 |  | | | |
| **家庭主要成员信息** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | |  | | 关 | 系 | | 工作单位 | | | | 联系方式 | | | 身份证号 | |
|  | |  | | | | |  | | | |  | | |  | |
|  | |  | | | | |  | | | |  | | |  | |
|  | |  | | | | |  | | | |  | | |  | |
|  | |  | | | | |  | | | |  | | |  | |
|  | |  | | | | |  | | | |  | | |  | |
| **身 体 健 康 方 面** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 听力是否正常 | | | |  | □是 | | | □否 | |  | 视力是否正常 | | □是 | | □否 |
| 是否有心脏病史 | | | |  | □是 | | | □否 | |  | 是否有癫痫病史 | | □是 | | □否 |
| 是否有传染病史 | | | |  | □是 | | | □否 | |  | 肢体是否残缺 | | □是 | | □否 |
| 是否有精神病史 | | | |  | □是 | | | □否 | |  | 其他疾病 | | □是 | | □否 |

**申请人认真阅读如下文本内容并签字确认**

【我已仔细阅读“彩虹桥人才计划”项目文件，清楚了解培养模式，自愿申报“彩虹桥人才计划”。】

申请人签字：

家长签字：

填表日期： 年 月 日