

## 未成年乘客來澳接受醫學觀察聲明書

聲明人資料：姓名為\_\_\_\_\_ 性別為\_\_\_\_\_  
出生日期為\_\_\_\_\_ 持有證件類型為\_\_\_\_\_  
號碼為\_\_\_\_\_。

### 須來澳後接受集中隔離醫學觀察未成年人資料：

姓名為\_\_\_\_\_ 性別為\_\_\_\_\_ 出生日期為\_\_\_\_\_  
持有證件類型為\_\_\_\_\_，號碼為\_\_\_\_\_。

聲明人聲明為上述未成年人的監護人，為其（須為法定監護人或其他法律規定為監護人的情形）\_\_\_\_\_。申請人同意上述未成年人接受醫學觀察的條件：

- ☐ 由聲明人陪同前來澳門，並陪同其接受集中隔離醫學觀察
- ☐ 接受集中隔離醫學觀察者的未成年人為 12-17 歲，有自理能力，可獨自接受醫學觀察
- ☐ 由共同前來澳門的親屬陪同，和該未成人的關係為：\_\_\_\_\_（須為二親等內親屬）姓名為\_\_\_\_\_ 性別為\_\_\_\_\_ 出生日期為\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 持有證件類型為\_\_\_\_\_，號碼為\_\_\_\_\_。

聲明人簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

官方注記

簽名\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_