**附件2：**

学 籍 证 明

中学名称：

考生姓名：

学号（或学籍号）：

身份证号：

高考报名号：

我校在 省（区、市）确定的2024年高校专项计划实施区域内。该生于 年 月至 年 月具有我校连续三年学籍且在我校实际就读，符合2024年高校专项计划报名条件要求。

特此证明！

中学负责人签字：

中学联系电话：

中学公章（盖章）：