附件2

学生体质健康测试缓（免）测申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 学 号 |  |
| 学院/班级 |  | 民族 |  | 出生日期 |  |
| 原因 | 申请人：    年 月 日 | | | | |
| 学院意见  （签章） | 年 月 日 | | | | |
| 学校备案  （签章） | 年 月 日 | | | | |

备注：申请免测者提供三级甲等医院证明附于申请表背面