免予执行《国家学生体质健康标准》申请表

受理日期： 年 月 日 NO：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 学号 |  | 性别 |  | 联系电话 |  |
| 系别 |  | 专业 |  | 班级 |  |
| **申请原因（因病需医院诊断证明、病历等）** 申请人签名： 年 月 日 |
| **申请免测项目（在申请免测项目后打“√”）：**身 高（必测） 体 重（必测） 肺活量（ ） 坐位体前屈（ ）立定跳远（ ） 仰卧起坐/引体向上（ ） 50米 （ ） 800/1000米（ ） |
| **学生所在院系意见：** 负责人签名（盖章）： 年 月 日 |
| **校卫生所意见：** 负责人签名（盖章）： 年 月 日 |
| **体育系体质测试中心意见：**  负责人签名（盖章）： 年 月 日 |

**注：此表一式2份，各附二级甲等以上医院诊断证明（1份原件）。**