**国家学生体质健康免测申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学号 |  | | 姓名 |  | | 性别 |  |
| 学院 |  | | | | 班级 |  | |
| 申请免测原因 | |  | | | | | |
| 请附医疗证明 | （医疗证明粘贴处，粘贴不开请装订在登记表后） | | | | | | |
| 学校体育部门意见 | 签 字  年 月 日 | | | | | | |
| 申请人签字：  申请日期： 年 月 日 | | | | | | | |