**免予执行《国家学生体质健康标准》申请表**

 **编号：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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（签字盖章）** |  | **家长签字** |  |
| **校医院意见** |  | **测试人员签字** |  |
| **体测中心****意见** | **签章：** **年 月 日** |
| **体育部意见** | **签章：** **年 月 日** |

**注：1.原因一栏：根据医院证明如实填写病情及治疗或休息时长。**

**2.中等职业学校及普通高等学校的学生，“家长签字”由学生本人签字。**

**3.医疗证明需二级甲等以上医院出具。**