附件3

2024年青浦区初中毕业生残疾或伤病

免予体育考试申请表

报名号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 班级 |  |
| 出生年月 |  | 联系电话 |  |
| 免试项目 | 全免 | 项目一 | 项目二 | 项目三 | 项目四 |
| 打“√” |  |  |  |  |  |
| 免试原因及病史概况 |  （由学生或家长填写，病历卡及其他证明材料同时上交。） |
| 家 长签 字 |  | 班主任签 字 |  | 体育教师或卫生保健教师签 字 |  |
| 学 校意 见 |  校长签字： 学校公章 年 月 日 |
| 医疗单位诊断 结论 | 医疗专家签名（由区组织的医疗专家填写） |
| 考试中心意见 |  负责人签字：考试中心公章 年 月 日 |
| 区考试领导小组意见 | 领导小组负责人签字：年 月 日  |
| 备 注 |  |

本表一式两份，一份报区招考中心备案，一份存入学生档案。