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。