附件二：

**免予执行《国家学生体质健康标准》申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **学 号** |  |
| **学 院** |  | **联系电话** |  | **申请免测学年** |  |
| **原因** | ★**因病或残疾申请免测，请附校医院或二级甲等及以上医院证明，体育部审核通过后可以免测。**  申请人签章（字）：  年 月 日 | | | | |
| **学院意见** | 签章（字）：  年 月 日 | | | | |
| **学校体育部门意见** | （经学校体育部门核准后，符合申请免测条件的学生可免测）  签章（字）：  年 月 日 | | | | |

注：免予执行《国家学生体质健康标准》申请表，将存入学生档案。**仅适用于本学期体质测试免测。**