**20 —20 学年第 学期体育保健课申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **学号** |  | |
| **院系** |  | **班级** |  | | **联系电话** |  |
| **申请期限** | （勾选一项） □本学期 □两学期（专科） □四学期（本科） | | | | | |
| **申请理由**  （附证明材料) | 签名：  年 月 日 | | | | | |
| **学生院系审核意见** | 签名（盖章）：  年 月 日 | | | | | |
| **体育系**  **审核意见** | **经审核，同意参加 学期体育保健课课程学习**  签名（盖章）：  年 月 日 | | | | | |
| **教务处**  **审核意见** | 签名（盖章）：  年 月 日 | | | | | |

注： 1、因病或其他身体原因不能参加正常体育教学者，可申请学习体育保健课程。

2、申请体育保健课程，需医院病历、残疾证等证明材料原件和复印件（2份）。

3、审批手续由学生本人办理，在课程开课学期规定时间内办理有效。

4、体育系办公地点：高要校区36栋107室；教务处办公地点：高要校区行政楼202室。

4、此申请表经审核通过后一式二份，由教务处及体育系存档备案。