**附件5：**

**免予执行《国家学生体质健康标准》（缓测）申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **学 号** |  |
| **班 级/院（系）** |  | **联系电话** |  | **出生日期** |  |
| **免测次数** |  □本次（学期： ） □大学四年 □缓测 |
| **原因** | 申请人： 年 月 日 |
| **体育教师签字** |  | **班主任签字** |  |
| **学校体育部门意见** | （此处由体育中心填写） 学校签章： 年 月 日 |

注：此表一式一份，需附二甲级以上医院诊断证明。体测当天交到体测现场。

 如测试学期无体育课，只需班主任签字即可。