**山东航空学院新生保留入学资格申请表**

**编号：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **曾用名** |  | **性别** |  | **照片**  **（一寸免冠）** |
| **出生年月** |  | **政治面貌** |  | **入党（团）**  **时间** |  |
| **身份证号码** |  | | | | |
| **考生号** |  | | | **层 次** |  |
| **二级学院** |  | | | **专业名称** |  | |
| **录取通知书**  **编号** |  | | **学制** |  | **高考分数** |  |
| **家庭地址及邮编** |  | | | **联系电话** |  | |
| **申请保留入学资格原因（须提供二级甲等及以上医院证明）** | **家长签名 ： 学生本人签名：** | | | | | |
| **学校意见** | **经办人： （章）** | | | | | |
| **备注：1.此表仅用于因病申请保留入学资格的新生；**  **2.此表一式两份：学校签署意见后学生本人留存一份，学校教务处留存一份；**  **3.经学校批准，准许保留入学资格一年，请到期按时复学，否则将取消入学资格。** | | | | | | |

**学校联系电话：0543-3196365、3190126 山东航空学院教务处制**