**山东航空学院大学体育保健课申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 学号 |  | 电话 |  |
| 所在学院 |  | 专业 |  | 班级 |  |
| 学年学期 |  | 原大学体育课程号 |  | 原大学体育课程名 |  |
| 申请  原因 | 申请人签字：  年 月 日 | | | | |
| 所在  学院  意见 | 负责人签字： 学院（公章）：    年 月 日 | | | | |
| 体育  学院  意见 | 负责人签字： 学院（公章）：    年 月 日 | | | | |

注：1.因身体疾病或生理缺陷，经二级甲等及以上医院证明不宜上体育课者方可申请；

2.本表一式三份，学生所在学院一份，体育学院一份，申请学生一份；

3.体育保健课考核合格即视为大学体育课合格，成绩单上注明“体育保健课”。