**免于执行校园阳光跑申请表**

（编号： ）

申请学期：（ ）—（ ）学年（ ）学期

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学院 |  | 体育上课时间  （如周一12节） |  | 体育课项目及任课教师  （如初级篮球） |  | | |
| 姓名 |  | 学号 |  | 联系方式 |  | 性别 |  |
| 申  请  原  因 | 需在此栏附县级二甲及以上医院病例和诊断证明复印件。 | | | | | | |
| 任课教师意见 | （有体育课程学生需要由任课教师出具意见）  体育课教师签字： 时间： | | | | | | |
| 学  院  意  见 | 学办签字： 盖章： 时间： | | | | | | |

注：1、“编号”由体育部统一填写，其他基本信息由学生填写。

1. 学生申请校园跑免测，需附县级及以上医院病例和诊断证明复印件。
2. 填完申请表后统一交至体育中心410办公室。