体育课程特殊处理申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 学号 | |  | | 联系电话 |  |
| 班级 | 学院 级 专业 班 | | | | | | | | |
| 特殊处理事项 | |  | | | | | | | |
| 特殊处  理原因 | 学生签名： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 学生所在学院意见 |  | | | | 医务室  意见 | |  | | |
| 教育学院（师范学院）意见 | 主管领导签名： 年 月 日 | | | | | | | | |

本表一式两份，一份本人保留，一份交体育系办公室（体育中心B205）存档。