**附件一 保健课选项课申请表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 班 级 | 学 号 | 姓 名 | 学年 学期 | 日 期 |
|  |  |  | 2021秋季 |  |
| 课程名称 | 体育保健 | | | |
| 申  请  理  由 | 《保健课申请表》填写说明：  须写明申请体育保健课理由。 | | | |
| 医院意见 | 医院意见：必须附，近三个月二级甲等及以上医院诊断证明书或残疾证明； | | | |

所在校区： 联系电话：