**景 德 镇 学 院**

**体育课程免修申请表（因伤病）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 班级 |  |
| 学号 |  | 联系方式 |  |
| 申请免修原因 |  | 申请免修学年学期 |  |
| 申请人签署 | 本人知晓申请免修体育课程成绩将记作60分，对此无异议。申请人签名： 年 月 日 |
| 所在学院意见 | 辅导员签名：分管教学领导签名： 年 月 日 |
| 体育学院意见 | 分管教学领导签名： 年 月 日 |
| 教务处意见 | 分管教学领导签名： 年 月 日 |

注：1.此表原件由教务处留存；

2.学生因伤病申请免修，需提供县级以上医院的病例证明。