**2013年普通高等学校运动训练、武术与民族传统体育专业考生资格审查表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | |  | | 免冠二寸彩照 |
| 出生年月 |  | | 出 生 地 | |  | |
| 学 历 |  | | 运动项目 | |  | |
| 联系电话 |  | | 运动等级 | |  | |
| 通讯地址 |  | | | | | |
| 户口所在地 | 省（自治区、直辖市） 市(地区) 县 | | | | | | |
| 高考报名号 |  | | | 身份证号码 | |  | |
| 申报学校 |  | | | 申报专业 | |  | |
| 获运动等级证书的比赛成绩（包括比赛名称、举办单位、时间、地点、名次等） | |  | | | | | |
| 核发运动等级证书的地方体育局审核意见 | | 公 章    负责人签名 联系电话 年 月 日 | | | | | |
| 核发运动等级证书的省级体育局审核意见 | | 公 章    负责人签名 联系电话 年 月 日 | | | | | |

注： 无负责人签名及单位盖章者无效。

**浙江大学运动训练专业考生报名表**

考生号： 报名编号： 毕业学校：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | 出 生  年 月 | | 年 月 日 | | | | | | 照  片 | |
| 政 治面 貌 |  | | 民 族 |  | 身 高  （cm） | |  | | | 体 重  （kg） | |  |
| 运 动  等 级 |  | | 报 考  专 业 |  | | | 报 考  专 项 | | |  | | |
| 户口所在地 | |  | | | | | 身份证号 | | | |  | | | |
| 录取通知书  邮寄地址 | |  | | | | | | | | | | 收件人 | |  |
| 邮政编码 | |  | | | | 联系电话 | | |  | | | | | |
| 考生类别 | | 专业队 体校生 高中生 | | | | 毕业类别 | | 城应 农应 城往 农往 | | | | | | |
| 个人简历：  何年何月在何单位学习或工作（任职） | | |  | | | | | | | | | | | |
| 专项训练经历：  说明从事项目训练的时间地点 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 家庭主要成员姓名、工作单位及职务 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 原单位对考生鉴定及对报考浙江大学的意见 | | | 负责人签字  单位盖章  年 月 日 | | | | | | | | | | | |

我保证以上提供的信息真实准确，如有虚假，我愿意承担一切后果。本人签字：

**2013年优秀运动员免试进入高等学校学习审批表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | |  | | 免冠二寸彩照 |
| 出生年月 |  | | 出 生 地 | |  | |
| 学 历 |  | | 运动项目 | |  | |
| 联系电话 |  | | 邮 编 | |  | |
| 通讯地址 |  | | | | | |
| 户口所在地 | 省（自治区、直辖市） 市(地区) 县 | | | | | | |
| 高考报名号 |  | | | 身份证号码 | |  | |
| 申报学校 |  | | | 申报专业 | |  | |
| 符合免试条件的运动成绩（包括比赛名称、时间、地点、名次等） | |  | | | | | |
| 基层单位推荐意见 | | 公 章  负责人签名 年 月 日 | | | | | |
| 省（自治区、直辖市）  体育局人事部门意见 | | 公 章  负责人签名 年 月 日 | | | | | |
| 国家体育总局运动  项目管理中心意见 | | 公 章  负责人签名 年 月 日 | | | | | |
| 学校招生部门意见 | | 公 章  负责人签名 年 月 日 | | | | | |
| 国家体育总局科教司  审批意见 | | 公 章  负责人签名 年 月 日 | | | | | |

注：无负责人签名及单位盖章者无效。

**2013年普通高校招生考生体格检查表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | 性别 | | | |  | | | | | | 体检序号 | | | | □□□□ | | | | | | 婚否 |  | 照  片 |
| 毕业学校或考生单位名称 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 出生□□年□□月□□日 | | | | | | | |
| 既往病史(由考生本人如实填写) | | | | | 既往病史：□（1无，0有） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 眼  科 | 裸 眼  视 力 | | 右□.□ | | 矫 正视 力 | | | 右□.□ 矫正度数□□□□ | | | | | | | | | | | | | | | 检查者： | | | | 医师意见□  1．合格  2．专业受限  3．不合格（以下医师意见的填涂类同）  医师签名： |
| 左□.□ | | 左□.□ 矫正度数□□□□ | | | | | | | | | | | | | | |
| 色 觉  检 查 | | 彩色图案及彩  色数码检查：□（1正常，2其它） | | | | | | | | | | | | | 色觉检查图名称：□（1喻自萍，2其它） | | | | | | | 检查者：  医师签名： | | | |
| 单色识别能力检查：  (色觉异常者查此项) | | | 红□ 黄□绿□蓝□紫□（能识别填1，不能识别填0） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 眼 病 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 内  科 | 血 压 | | □□.□/□□.□ Kpa | | | | | | | | | | | | | | 检 查 者 | | | | | |  | | | | 医师意见□  医师签名： |
| 发育情况 | | □ (1良，2中，3差) | | | | | | | | 心脏及血管 | | | | | | | | | | □ （1正常，2其它） | | | | | |
| 呼吸系统 | | □ （1正常，2其它） | | | | | | | | 神经系统 | | | | | | | | | | □ （1正常，2其它） | | | | | |
| 腹部器官 | | 肝□厘米，性质□ （1正常，2其它） | | | | | | | | | | | | | | 脾□厘米，性质□ （1正常，2其它） | | | | | | | | | |
| 其 它 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 外  科 | 身 高 | | □□□厘米 | | | | 体 重 | | | | | | □□□千克 | | | | | | | | 检查者 |  | | | | | 医师意见□  医师签名： |
| 皮 肤 | | □（1正常，2其它） | | | | 面 部 | | | | | | □（1正常，2其它） | | | | | | | | 颈 部 | □（1正常，2其它） | | | | |
| 脊 柱 | | □（1正常，2其它） | | | | 四 肢 | | | | | | □（1正常，2其它） | | | | | | | | 关 节 | □（1正常，2其它） | | | | |
| 其 它 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 耳鼻  喉  科 | 听 力 | | 左耳（耳语） □米 | | | | | 右耳（耳语） □米 | | | | | | | | | | | | 检查者 | | |  | | | | 医师意见□  医师签名： |
| 嗅 觉 | | □（1正常，0迟钝） | | | | | 检查者 | | | |  | | | | | | | | 耳鼻咽喉 | | |  | | | |
| 口  腔  科 | 唇 腭 | | □（1正常，2其它） | | | | | | | | | | | | | | | | | 是否口吃 □ （1否，0是） | | | | | | | 医师意见□  医师签名： |
| 牙 齿 | | (齿缺失——————————+——————————) □（1正常，2其它） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 其 它 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 胸部透视 | | | □（1正常，2其它） | | | | | | | 其它 | | | | 医师意见□ 医师签名： | | | | | | | | | | | | | |
| 肝 功 | | | 转氨酶□ （1正常，2其它） | | | | | | | | | | | 乙肝表  面抗原 | | | | □（1正常，2其它） | | | | | | 医师意见 □  医师签名： | | | |
| 其 它 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 体 体  检 检  医 站  院 意  或 见 | | | 根据普通高校（中专）招生体检工作指导意见规定  第一部分□、□、□、□、□、□ 学校可以不予录取  第二部分□、□、□、□、□、□ 所列专业不予录取  第三部分□、□、□、□、□、□ 所列专业不予录取  体检结论：□（1合格 2专业受限 3不合格） **体检医院或体检站（盖章）**  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |