**免予执行常州大学怀德学院校园阳光长跑活动申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 学 院 |  |
| 班 级 |  | 学 号 |  | 出生日期 |  |
| 家庭联系地址 |  | 家长电话 |  |
| 本人电话 |  |
| 申请理由 |  学生本人签字： 年 月 日 |
| 校医疗保健中心意见 | 负责人签章（字）： 年 月 日 |
| 所在各系意见 | 负责人签章（字）： 年 月 日 |
| 体育部意见 | 负责人签章（字）： 年 月 日 |

**注：**必须附有三级甲等以上医院医疗证明，并经校医疗保健中心审核方有效。