**特殊体育学习申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **学 号** |  |
| **院 系** |  | **行政班级** |  | **出生日期** |  |
| **原课程名称** |  | **原任课教师** |  | **手机号** |  |
| **原因** | 申请人：  年 月 日 | | | | |
| **所在学院主管教学领导审核意见** | 签章：  年 月 日 | | | | |

**\*\*\*\*\***

**原课程名称：**大学体育（一）、大学体育（二）、大学体育（三）、大学体育（四）、大学体育（五）、大学体育（六）、公共体育俱乐部（三）、公共体育俱乐部（四）

**原任课教师：**填写申请特殊体育前任课教师姓名