**附件2**

**沈阳体育学院体育学类本科专业报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 身份证号 | | |  | | | | | | | | 彩色免冠  照片 |
| 民族 |  | 高考考生号 | | |  | | | | | | | |
| 性 别 | □男 □女 | 出生日期 | | | 年 月 日 | | | | | | | |
| 政治面貌 | □群 众 □共青团员 □预备党员 □党 员 □ 其 他 | | | | | | | | | | | | |
| 考生类别 | □城市应届 □农村应届 □城市往届 □农村往届 | | | | | | | | | | | | |
| 所在学校 | 省（自治区） 市 区（县） 学校 | | | | | | | | | | | | |
| 毕业类别 | □高中毕业 □职业高中 □技工学校 □其他中等学历  □中等师范 □专科学历 □其他普通中等专业学校 | | | | | | | | | | | | |
| 运动等级 | □国际健将 □国家健将 □一级 □二级 | | | | | | | | | 证书编号 | |  | |
| 报考专业 | □运 动 训 练 □武术与民族传统体育 | | | | | | | | | | | | |
| 报考专项 |  | | | 高考报名所在省份 | | | | | | |  | | |
| 是否退役 | □是 □否 | | | 是否在我校全日制学习 | | | | | | | □是 □否 | | |
| 固定电话 |  | | 移动电话 | | | |  | | | | | | |
| 亲属姓名 |  | | 与您的关系 | | | |  | | 联系电话 | | |  | |
| 邮寄地址 |  | | | | | | | | | | | | |
| 邮政编码 |  | | | | | 收件人 | |  | | | | | |

注：考生须如实认真填写此报名表，遇见选择填写项可直接在要选择的内容上划“√”。

**沈阳体育学院**

**运动训练、武术与民族传统体育专业考生体检表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 高考考  生号 | |  | | | | | 身份  证号 | | | |  | | | | 一  寸  免  冠  照  片  （医院骑缝章） |
| 既往病史 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 五官科 | 眼 | 裸眼  视力 | 右 | | | | 矫正  视力 | | 右 | | | | 矫正度数 | | | | |  | 医师意见  （签字）  1、眼科  2、耳鼻喉科  3、口腔科 |
| 左 | | | | 左 | | | | 矫正度数 | | | | |  |
| 其他眼病 |  | | | | 色觉  检查 | | 彩色图案及编号 | | | | | | | | | |
|  | | | | 红、绿、紫、蓝、黄 | | | | | | | | | |
| 耳 | 听  力 | 右 公尺 | | | | 耳  疾 | |  | | | | | | | | | |
| 左 公尺 | | | |
| 鼻 | 嗅  觉 |  | | | | 鼻及鼻  窦疾病 | | |  | | | | | | | | |
| 咽喉 |  | | | | | 腭唇 | | |  | | | | 口吃 | | |  | |
| 齿 | 龋齿 |  | | 缺 齿 | | |  | | | | 齿槽  脓漏 | | | |  | | |
| 外  科 | 身高 | 公分 | | | 胸 围 | | | 公分 | | | | 皮  肤 | | | |  | | | 医师意见  （签字） |
| 体重 | 公斤 | | | 呼吸差 | | | 公分 | | | |
| 淋巴 |  | | | 甲状腺 | | |  | | | | 脊柱 | | | |  | | |
| 四肢 |  | | | 关 节 | | |  | | | | 平足 | | | |  | | |
| 疝 |  | | | 手 指 | | |  | | | | 肛门 | | | |  | | |
| 外貌 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 其他 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 内  科 | 血 压 | 毫米水银柱 | | | | | | | | 医师意见  签 字 |
| 发 育 及  营养状况 |  | | | | | | | |
| 肺 及  呼 吸 道 |  | | | | | | | |
| 心 脏 及  血 管 |  | | | | | | | |
| 腹 部  器 官 |  | | | | 肝 |  | | |
| 脾 |  | | |
| 其 他 |  | | | | 心率  次/分 | |  | |
| 化验检查  （要附化验单据） | | 血 |  | 肝  功 |  | 尿 | |  | 化验员签字： | |
| 胸部爱克斯  线透视 | | 医师签字： | | | | | | | | |
| 检查结论 | | 负责医师签名（盖章） | | | | | | | | |
| 检查医院意见 | | 检查医院 （盖章） | | | | | | | | |
| 备 注 | |  | | | | | | | | |

检查日期 年 月 日

注：1、“既往病史”一栏，考生必须如实填写。如发现隐瞒严重病情，一律取消入学资格

2、必须附肝功化验单