**附件2**

**嘉兴学院第二十一届运动会长距离跑运动员体检表**

**学院（盖章） 联系人： 联系人电话：**

**注：1500M以上项目运动员必须经过校医院体检合格方能参赛。**

**（体检时间：10月18日〜10月21日；每天8：00〜11：00，14：00〜16：30。）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **类别** | **项目** | **报名学生基本信息** | | | | **校医院**  **体检结论** |
| **序号** | **班级** | **姓名** | **学号** |
| **男子** | **1500M** | 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| **女子** | **1500M** | 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |

校医院盖章

年 月 日