附件1：

**2018年运动训练专业招生报名表**

高考考生号（18开头共14位）： 考生签字：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 |  | | | 出生年月 | | | |  | | | | | 照  片 | |
| 政治面貌 |  | | 民族 |  | | | 身 高  (cm) |  | | | 体 重  (kg) | | |  | |
| 报考项目 |  | | 小项  (位置) |  | | | 身份证号码 |  | | | | | | | |
| 户口  所在地 |  | | 毕业  类别 | 体校生( )  专业队( )  高中生( ) | | | | 考生  类别 | | 城镇应届( )  农村应届( )  城镇往届( )  农村往届( ) | | | | | |
| 获得运动员 等级证书的比赛信息 | 证书等级 | | 赛事名称 | | | 比赛时间 | | | 主办单位 | | | | 成绩/名次 | | | 证书编号 | |
|  | |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | |
| 家庭成员 | 姓名 | | 单位 | | | | | | | | | 职务 | | | 联系电话 | | |
| 父亲 |  | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |
| 母亲 |  | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |
| 其他成员 |  | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |
| 邮寄信息 | 地 址 |  | | | | | | | | | | | | | 邮政编码 | |  |
| 收件人 |  | | | 联系电话 | | | | | |  | | | | | | |
| 文化学习及体育训练经历（时间、地点、教师/教练） |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 近三年参加省级（含）以上比赛名称、时间、地点及成绩 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 考生所在单位意见 | 负责人签字：  单位盖章：  2018年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |

附件2：

**2018年普通高校(中专)招生考生体格检查表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | 性别 | |  | | | | | | | 体检序号 | | | | □□□□ | | | | | | 婚否 |  | 照  片 |
| 毕业学校名称： | | | | | 身份证号 | |  | | | | | | | | | | | 出生日期：\_\_\_\_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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

附件3：

**普通高校2018年优秀运动员免试入学审批表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | |  | | 免冠二寸彩照 |
| 出生年月 |  | | 籍 贯 | |  | |
| 学 历 |  | | 运动项目 | |  | |
| 联系电话 |  | | 邮 编 | |  | |
| 通讯地址 |  | | | | | |
| 高考报名号 |  | | | 生源省份 | |  | |
| 身份证号码 |  | | | | | | |
| 申报学校 |  | | | 就读专业 | |  | |
| 学校联系人 |  | | | 联系电话 | |  | |
| 符合免试条件的运动成绩（包括比赛名称、时间、地点、名次等） | |  | | | | | |
| 学校招生部门意见 | | 公 章  年 月 日 | | | | | |

**注：1、所有栏目必须填写，无院校招生部门联系人及盖章无效；**

**2、表格原件由运动员本人保存，扫描件或照片需在系统中提交。**

附件4

**优秀运动员免试入学集中授课培养申请**

**中国海洋大学：**

**本人是2018年申请以“优秀运动员免试”方式就读中国海洋大学运动训练专业的考生：**

**姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_，考生号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，身份证号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。**

**体育专项：\_\_\_\_\_\_\_\_\_。**

**目前所在运动队或单位及职务：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。**

**由于，\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_原因无法按运动训练专业普通学生的教学模式参加学习。**

**特此申请参加学校组织的集中授课。**

**本人签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**所在单位盖章**

**日 期：2018年 月 日**