**附件3**

**嘉兴学院第十九届运动会长距离跑运动员体检表**

 **学院 联系人： 联系人电话：**

**注：1500M及以上项目运动员必须经过校医院体检，认定合格方能参赛。**

**（体检时间：10月15日〜10月18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 |  |  |  |  |
| **5000M** | 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| **女子** | **1500M** | 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| **3000M** | 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |

**注：此表一式两份，一份交校医院体检医生，一份交体军部樊静老师**

校医院盖章

年 月 日