

附件 2

## 2017 年优秀残疾人运动员申请免试进入 北京体育大学学习审批表

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				
户口所在地	省（自治区、直辖市） 市（地区） 县			
高考报名号		身份证号码		
申报专业		残疾证号码		
肢体残疾 程度		竞赛组别/ 竞赛级别		
符合免试条件的运动成绩（包括 比赛名称、时间、地点、名次等）				
注册单位所在省级残联意见	负责人签名： 联系电话：		公 章 年 月 日	
户籍所在地省级残联意见	负责人签名： 联系电话：		公 章 年 月 日	
人事档案部门意见	负责人签名： 联系电话：		公 章 年 月 日	
中国残疾人体育运动管理中心 意见	负责人签名： 联系电话：		公 章 年 月 日	
中国残联体育部意见	负责人签名： 联系电话：		公 章 年 月 日	
学校招生部门意见	负责人签名： 联系电话：		公 章 年 月 日	
国家体育总局科教司审批意见	负责人签名： 联系电话：		公 章 年 月 日	

**注：无负责人签名及单位盖章者无效。**