

附件 5

郑州市初中毕业升学体育考试病残免申请表

姓 名		性 别		民 族	
学籍号		班 级		免试类别	
原 因	<div>(病免附市级以上医院诊断证明，残免附残疾证复印件)</div>				
体育老师 签字		班主任 签字		家长 签字	
学 校 意 见	<div>签 章</div> <div>年 月 日</div>				