

附件 2:

云南省学校体育竞赛资格审查表

参赛单位			参赛项目/ 舞种		参赛组别	
领队		手机	随队医生		手机	
主教练		手机	工作人员		手机	
助理教练		手机	联系人		手机	
身份证影印件 (上传或粘贴有本人照片信息的一面)						
学籍号:			学籍号:			
学籍号:			学籍号:			
学籍号:			学籍号:			

学籍号：	学籍号：
学籍号：	学籍号：
学籍号：	学籍号：
学籍号：	学籍号：
<p>以上报名参赛的名运动员属于我校正式取得国家相应学籍的在籍在册的在校学生，并已按照竞赛规程要求统一办理了运动员意外伤害保险，经正规医院检查身体健康符合进行该项目竞赛活动。</p> <p>我校承诺：以上信息内容真实、准确、完整，若有弄虚作假，本校愿接受相关机构的处罚并承担全部责任。</p> <p style="text-align: center;">负责人签字：</p> <p style="text-align: right;">盖 章：</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>	