

沈阳师范大学

2021 年运动训练、武术与民族传统体育专业招生简章

运动训练专业

武术与民族传统体育专业

一、招生计划

招生专业	招生专项	层次	学制	计划	学费标准	备注
				46	10000	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

二、报考条件

三、注册报名流程

四、专项考试

五、文化考试

六、录取

七、保送录取运动员

八、联系方式

本简章在执行过程中如遇体育总局或教育部最新指示精神，按其执行。

沈阳师范大学 2021 年运动训练、武术与民族传统体育专业体格检查表

身份证号				县(市、区)		免冠照片 (一寸)(体检机构 体检专用章)
姓名		性别		考生号		
既往病史 (此栏由 学生如实 填写)	如有则在上栏填写既往病史名称,如"慢性肾炎"、"哮喘"等,不能只填写"有",如无 则在上栏填写"无"。					
眼科	裸眼 视力	右: <input type="text"/> <input type="text"/>	矫正 视力	右: <input type="text"/> <input type="text"/>	矫正度数: <input type="text"/>	检查者:
		左: <input type="text"/> <input type="text"/>		左: <input type="text"/> <input type="text"/>	矫正度数: <input type="text"/>	
	色觉 检查	彩色图案及彩色数码检查: <input type="checkbox"/> (1、正常 2、色弱 3、色盲) 色觉检查图名称: <input type="checkbox"/> (1、喻自萍 2、其他) 单色识别能力检查:(色盲者查此项, 1、能识别 2、不能识别) 红 <input type="checkbox"/> 黄 <input type="checkbox"/> 绿 <input type="checkbox"/> 蓝 <input type="checkbox"/> 紫 <input type="checkbox"/>				检查者:
眼病						
内科	血压	<input type="text"/> / <input type="text"/> mmHg			检查者:	
	发育情况	<input type="checkbox"/> (1、良 2、中 3、差)		心脏及血管	<input type="checkbox"/> (1、正常 2、其他)	
	呼吸系统	<input type="checkbox"/> (1、正常 2、其他)		神经系统	<input type="checkbox"/> (1、正常 2、其他)	
	腹部器官	肝	<input type="text"/> 厘米 性质 <input type="checkbox"/> (1、正常 2、其他)	脾	<input type="text"/> 厘米 性质 <input type="checkbox"/> (1、正常 2、其他)	
	其他					
外科	身高	<input type="text"/> 厘米	体重	<input type="text"/> 千克		检查者:
	皮肤	<input type="checkbox"/> (1、正常 2、其他)		面部	<input type="checkbox"/> (1、正常 2、其他)	
	脊柱	<input type="checkbox"/> (1、正常 2、其他)		四肢	<input type="checkbox"/> (1、正常 2、其他)	
	其他					
耳鼻喉科	听力	左 <input type="text"/> 米, 右 <input type="text"/> 米		嗅觉	<input type="checkbox"/> (1、正常 0、迟钝)	
	耳鼻咽喉	<input type="checkbox"/> (1、正常 2、其他)		其他		
口腔科	唇腭	<input type="checkbox"/> (1、正常 2、其他)		是否口吃	<input type="checkbox"/> (1、否 0、是)	
	牙齿	<input type="checkbox"/> (1、正常 2、其他) (齿缺失----- -----)				
	其他					
胸部透视	<input type="checkbox"/> (1、正常 2、其他)			其他		
肝功能 检查	转氨酶	<input type="checkbox"/> (1、正常 2、其他)		乙型肝炎表面抗原	<input type="checkbox"/> (1、阴性 2、阳性)	
	其他					
主检医师签名:			(体检机构体检专用章)			
年 月 日						

注: 化验单粘贴在本表背面, 并加盖骑缝章。