**海军招收飞行学员报名表(高中生)**

省(直辖市) 市(州、区) 县 ( 区 ) 中学

**学生本人填写信息**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | | 民族 |  | 政治  面貌 |  | 一寸免冠  红底照片 |
| 身份证号 |  | | | | 出生  年月 |  | 应/  往届 |  |
| 户籍登记  地址 |  | | | | | 是否选考  物理化学 | |  |
| 现家庭  住址 |  | | | | | 学生本人  联系电话 | |  |
| 父 亲 | 姓 名 |  | | 身份证号 | |  | | 联系电话 |  |
| 是否有出  国境情况 |  | | 是否受过  刑事处罚 | |  | | 是否被列为  失信被执行人 |  |
| 母 亲 | 姓 名 |  | | 身份证号 | |  | | 联系电话 |  |
| 是否有出  国境情况 |  | | 是否受过 刑事处罚 | |  | | 是否被列为 失信被执行人 |  |
| 本人态度 | 本人志愿报考海军飞行学员 | | | | | | | 本人签字 |  |
| 家长意见 | 家长支持该生报考海军飞行学员 | | | | | | | 家长签字 |  |

**以下为学校填写信息，不允许学生本人填写**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身体情况 | 身高 | 厘米 | | 体重 | 公斤 | | 血压 | / mmHg | | |
| 视力 | 左 ： 右 ： | | | 色觉 |  | | 校医  签字 |  | |
| 高二期末  考试成绩 | 语文 | 数学 | 英语 | 物理 | 化学 | 选科3 | 总分 | 年级  排名 | 年 级 总人数 | 学校特控  线上线率 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 预估高考  成绩 | 请班主任老师填写符合项( )  A.超特控线60分以上 B.超特控线30分以上  C.特控线左右 D.特控线以下 | | | | | | 班主任签字 | |  | |
| 班主任电话 | |  | |
| 学校  意见 | 经核实，以上信息由我校校医、班主任填写，情况真实，该生预估高考 成绩符合目前成绩水平，同意推荐该生报考海军招飞。  (学校盖章)  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 填写  须知 | 1.“本人填写信息”需按照户口簿登记情况填写；“政治面貌”填党/团员或群众；“联系电 话”填本人、家长手机；父母如有受到刑事处罚或被列为失信被执行人等情况须如实填写。  2. “学校填写信息”由校医、班主任如实填写，不允许学生本人填写；  3.此表需与初检预选体检表双面打印，用黑色碳素笔填写。  4.此表信息填写不完整或有涂改，校医、班主任未签字或学校未盖章的，均视为无效报名。 | | | | | | | | | |

**海军招飞初检预选体检表(自行体检)**

姓名： 性 别 ： 身份证号：

**(以下为体检机构填写信息，不允许学生本人填写)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **病史(现病史、既往病史及家庭成员病史):** | | | |
| 眼 科 | 视 力 | 右 ： | **重点掌握：**有无角膜外伤，晶体混浊，斜视，视力矫正术、角膜塑形镜 治疗史  **检查所见：**  医师签字： |
| 左 ： |
| 色 觉 |  |
| 外 科 | 身 高 | 厘米 | **重点掌握：**有无脊柱明显侧弯、前凸、平直，暴露部位疤痕及胎痣面积， 肢体残缺、畸形  **检查所见：**  医师签字： |
| 体 重 | 千克 |
| 耳 鼻 喉 科 | **重点掌握：**有无过敏性鼻炎及病史，鼓膜完整性，反合及龋齿  **检查所见：**  耳 ： 口腔：  鼻 ：  医师签字： | | |
| 内 科 | 血 压 | \_\_/\_\_\_\_mmHg | **重点掌握：**有无心脏杂音，各系统慢性疾病及病史  **检查所见：**  心脏： 脾脏：  肝脏： 肾脏：  医师签字： |
| 脉 博 | 次/分 |
| **须另附检查报告单：**  ①心脏彩色多普勒超声、左心功能测定；  ②腹部超声检查(肝、胆、胰、脾、肾);  ③化验(乙肝五项)。  医师签字(二级甲等以上医院盖章):  年 月 日 | | | |
| 填写  须知 | **1.眼科视力检查统一使用E字或C字视力表(默认E字视力表，若使用C字视力表，须单独标注)**。  **2.若有眼屈光矫正手术史，须上传原始完整的手术病历。**  **3.请自行到当地二级甲等以上医院进行体检，由医院填写本表并附检查单。**  **4.此表信息用黑色碳素笔填写，填写不完整或有涂改，均视为无效报名。** | | |