

# 浙江省海军航空实验班预选体检表

(以下内容由医院或学校医生填写)

学生姓名:

身份证:

就读学校:

病史 (现病史、即往史及家族史):

眼科	右眼视力:                      左眼视力:                      色 觉:
	医生签名:

内科	血 压:              mmHg                      脉 搏:              次/分
	医生签名:

外科	身 高:              cm                      体 重:              KG
	医生签名:

医院 (学校):              章

## 报考身体条件:

身体健康; 身高在 162—181cm 之间; 体型匀称, 体重在 48KG 以上 (录取时未满 15 周岁可放宽至 46KG 以上); 双眼裸眼远视力“C”字表检测均在 0.8 以上 (相当于“E”字表 5.0 以上), 未做过视力矫治手术或戴角膜塑形镜矫正, 无色盲、色弱、斜视; 无口吃、文身、刺字等。