附件3：

**大渡口区义务教育阶段学生跳级申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 出生年月 | |  | 所在班级 |  |
| 学籍号 |  | | 身份证号 | |  | | | 跳入班级 |  |
| 申  请  跳  级  理  由 | 学生签名： 家长签名：  年 月 日 年 月 日 | | | | | | | | |
| 学  校  意  见 | （盖章）：  年 月 日 | | | 教育  主管  部门  意见 | | （盖章）：  年 月 日 | | | |
| 备注 | 本表一式3份，学生学籍档案、学校、教育行政部门各存一份。 | | | | | | | | |