

# 海军青少年航空学校初选体检表

省市县（市、区）：      市      县（区）      镇（乡）初中学校：  
学生姓名：      身份证号：

病史（现病史、既往史及家族史）：（以下内容由医院或学校医生填写）

眼  
科

右眼视力：

色 觉：

左眼视力：

医生签字：

内  
科

血 压：

mmHg

脉 搏：

次/分

医生签字：

外  
科

身 高：

cm

体 重：

Kg

医生签字：

经体格检查，该生符合海军青少年航空学校身体报考条件。

医院（学校）：

（章）

**报考条件：**身体健康；身高在 162-181cm 之间；体型匀称，体重在标准体重的 85%至 125%之间（标准体重 kg=身高 cm-110）；双眼裸眼远视力“C”字表检测均在 1.0 以上（相当于“E”字表 5.1 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。