**赣南师范大学**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学生姓名 | |  | 性别 |  | | 班级 |  | 学号 |  |
| 身份证号 | |  | | | | | 教学学院 |  | |
| 家庭住址 | |  | | | | | 联系电话 | 学生： | |
| 家长： | |
| 异动  类型 | 休学（）复学（）保留学籍（）退学（）降级（）降级转专业（）其他： | | | | | | | | |
| 异动  情况 | 异动原因（可附页）：  **申请人签名：**  异动时间：**自20 年 月 日至20 年 月 日止** 年 月 日 | | | | | | | | |
| 班级  辅导  员意  见 | 签名：  年 月 日 | | | | 学院  意见 | | 学院领导签名：  年 月 日（学院盖章） | | |
| 相关学院意见 | （该栏目仅用于跨学院降级转专业）  院长签名：  年 月 日（学院盖章） | | | | 校医院意见 | | （该栏目仅用于因疾病导致学籍异动）  签名：  年 月 日（部门盖章） | | |
| 学  工  处  意  见 | 签名：  年 月 日（部门盖章） | | | | 教  务  处  意  见 | | 经审核该生情况符合《赣南师范大学全日制本科学生学籍管理办法》第条第点之规定。  签名：  年 月 日（部门盖章） | | |
| 分管校领导审批 | 签名： 年 月 日 | | | | | | | | |

**学生学籍异动处理表**

注：1.学籍异动须附家长意见书及身份证复印件，因疾病学籍异动须附三甲医院疾病证明，其他原因附相关证明材料；2.针对复学和转专业类学籍异动学院意见须注明异动后班级。