

學年度第 學期體適能課後輔導紀錄表

四技 _____ 系 _____ 年 _____ 班

座號：_____ 學號：_____ 姓名：_____

(一)5000M 檢測 ☐未通過 ☐無法檢測(原因：_____)

(二)基本體能檢測 ☐未通過(項目：_____)

☐無法檢測(項目及原因)_____)

體育授課老師建議之課程型態：☐ 靜態 ☐動態 ☐加強

日期	課 程 名 稱	授課老師	時數	授課老師簽名
(範例) 4/15	跑步機、大腿推蹬機	○ ○ ○	17:30-19:00 1.5Hr	

體育老師簽名：_____