**楚雄医药高等专科学校学生留校察看处分考察表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 学 号 |  |
| 年级、班级 |  | | | 联系电话 |  |
| 家庭详细  通讯地址 |  | | | 家长姓名 |  |
| 家长电话 |  |
| 处分期 | 年 月 日至 年 月 日 | | | | |
| 处分期学生现实表现 | 学生签字： 班主任（辅导员）签字：  年 月 日 | | | | |
| 班主任  （辅导员）  意 见 | 班主任（辅导员）签字：  年 月 日 | | | | |
| 系部意见 | 系领导签字（章）：  年 月 日 | | | | |
| 学生处  意 见 | 学生处领导签字（章）：  年 月 日 | | | | |
| 学校领导  意 见 | 领导签字（章）：  年 月 日 | | | | |

注：留校察看处分期结束填写此表一式三份，学生本人、系部、学生处各留存一份。