

فرم اطلاعات بهداشتی دانش آموز		سال تحصیلی:		کلاس:	
نام و نام خانوادگی:		تاریخ تولد:		نام پدر:	
تحصیلات پدر:		تحصیلات مادر:		شغل پدر:	
نسبت فامیلی والدین:		شغل مادر:			
وضعیت بیمه: خدمات درمانی		تأمین اجتماعی		سایر بیمه ها با ذکر نام:	
تعداد خواهر و برادر:		زندگی با پدر و مادر		زندگی با پدر	
آیا فرزند شما در دبستان به مراقبت ویژه نیاز دارد؟ ذکر علت		بیمه ندارد		بیمه ندارد	

تالاسمی	صرع	دیابت	بیماری های قلبی و عروقی	آسم
هموفیلی	بیماری های کبد	فتق	بیماری های چشم	تشنج
حساسیت به غذا	حساسیت به دارو	بیماری های عصبی	بیماری های کلیه	بیماری های انگلی
کم خونی	خونریزی از بینی	بیماری های گوارشی	بیماری های گوش	بیماری های استخوان مفاصل
کبیر	سل	بیماری های پوستی	نرمی استخوان	
بیش فعالی	افسردگی	اضطراب	پرخاشگری	لکنت زبان
شب اداری	ناخن جویدن	شرح مختصری از بیماری:		

آدرس منزل:

شماره تلفن منزل

آیا فرزند شما محدودیت خاصی جهت انجام حرکات ورزشی دارد. با ذکر دلیل

اینجانب: ولی دانش آموز

امضای مربی بهداشت

صحت تمام موارد فوق را تایید می نم امضای ولی

شماره همراه پدر یا مادر

فرم اطلاعات بهداشتی دانش آموز		سال تحصیلی:		کلاس:	
نام و نام خانوادگی:		تاریخ تولد:		نام پدر:	
تحصیلات پدر:		تحصیلات مادر:		شغل پدر:	
نسبت فامیلی والدین:		شغل مادر:			
وضعیت بیمه: خدمات درمانی		تأمین اجتماعی		سایر بیمه ها با ذکر نام:	
تعداد خواهر و برادر:		زندگی با پدر و مادر		زندگی با پدر	
آیا فرزند شما در دبستان به مراقبت ویژه نیاز دارد؟ ذکر علت		بیمه ندارد		بیمه ندارد	

تالاسمی	صرع	دیابت	بیماری های قلبی و عروقی	آسم
هموفیلی	بیماری های کبد	فتق	بیماری های چشم	تشنج
حساسیت به غذا	حساسیت به دارو	بیماری های عصبی	بیماری های کلیه	بیماری های انگلی
کم خونی	خونریزی از بینی	بیماری های گوارشی	بیماری های گوش	بیماری های استخوان مفاصل
کبیر	سل	بیماری های پوستی	نرمی استخوان	
بیش فعالی	افسردگی	اضطراب	پرخاشگری	لکنت زبان
شب اداری	ناخن جویدن	شرح مختصری از بیماری:		

آدرس منزل:

شماره تلفن منزل

آیا فرزند شما محدودیت خاصی جهت انجام حرکات ورزشی دارد. با ذکر دلیل

اینجانب: ولی دانش آموز

امضای مربی بهداشت

صحت تمام موارد فوق را تایید می نم امضای ولی

شماره همراه پدر یا مادر