



جمهوری اسلامی ایران

وزارت آموزش و پرورش

معاونت پرورشی و تربیت بدنی

دفتر سلامت و پیشگیری از آسیب های اجتماعی

باسمه تعالی

فرم گزارش تفصیلی بیماری واگیر

سال تحصیلی:

شهرستان:

آموزشگاه:

تعداد دانش آموز:

دختر..... پسر.....

تاریخ:

کد مدرسه:

نام و نام خانوادگی :	اقدامات انجام یافته	توضیحات
سن : پایه: بیماری: تاریخ ابتلاء به بیماری : از تا شغل پدر: تحصیلات پدر: شغل مادر: تحصیلات مادر: تعداد خواهر: تعداد برادر:		کپی نسخه های درمانی و گواهی های پزشکی و سایر مدارک ضمیمه گزارش گردد.

نام و نام خانوادگی مربی بهداشت آموزشگاه : نام و نام خانوادگی مدیر آموزشگاه : تاریخ - مهر و امضاء