پرونده سلامت مدرسه

 دانشگاه/ دانشكده علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني .........................شبكه بهداشت و درمان/ مركز بهداشت شهرستان ....................................

مركز سلامت جامعه شهری/ روستايي:...................... مركز جامع خدمات سلامت شهری ......................... پايگاه سلامت جامعه ...................... خانه بهداشت ......................روستا ....................... آدرس و شماره تلفن پايگاه سلامت جامعه/ خانه بهداشت كه مدرسه تحت پوشش آن است: ..........................................................................................................................................................................

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

اداره كل آموزش و پرورش استان ............................................... منطقه/ ناحيه شهرستان ..............................................................

نام مجتمع آموزشي و پرورشي: .................................. نام مدرسه: ............................ كد/ شناسه مدرسه(آموزش و پرورش):.....................

مدرسه: 🞎دخترانه 🞎پسرانه 🞎 مختلط نوع مدرسه: 🞏 روزانه 🞏 شبانه 🞏 شبانه روزي

 دوره تحصيلي: 🞎دوره اول ابتدایی🞎دوره دوم ابتدايي 🞎دوره اول متوسطه🞎دوره دوم متوسطه

تلفن و نشاني مدرسه: ....................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................

تاريخ تكميل پرونده: روز ...................... ماه ........................ سال ...........................



**جمهوري اسلامي ايران**

 وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي وزارت آموزش و پرورش

معاونت بهداشتي، دفتر سلامت جمعيت، خانواده و مدارس معاونت تربيت بدني و سلامت