

ولی/قیم محترم دانش آموز.....

نظر به اینکه سلامتی جسمانی ضروری ترین شرط شرکت در هرگونه فعالیت ورزشی است و به منظور حفظ سلامت دانش آموزان و اطلاع معلمان تربیت بدنی از وضعیت جسمانی ایشان، خواهشمند است نسبت به تکمیل موارد زیر اقدام فرمایید.

(این فرم باید در حضور مدیر مدرسه توسط ولی قهری و قانونی دانش آموز تکمیل، امضا و تحویل شود)

- ۱- بیماری قلبی-ریوی ندارد ☐ دارد ☐ ۲- آسم و آلرژی ندارد ☐ دارد ☐ ۳- پر فشارخونی ندارد ☐ دارد ☐ ۴- تالاسمی ندارد ☐ دارد ☐
- ۵- سابقه شکستگی ها ندارد ☐ دارد ☐ ۶- ناراحتی های مفصلی ندارد ☐ دارد ☐ ۷- دیابت ندارد ☐ دارد ☐ ۸- انواع سرطان ندارد ☐ دارد ☐
- ۹- اختلالات بینایی و شنوایی ندارد ☐ دارد ☐ ۱۰- صرع ندارد ☐ دارد ☐ ۱۱- سابقه عمل جراحی ندارد ☐ دارد ☐ ۱۲- بیماری های انعقادی ندارد ☐ دارد ☐
- ۱۳- اختلالات ژنتیکی و مادرزادی ندارد ☐ دارد ☐ ۱۴- اختلالات تعادل حرکتی ندارد ☐ دارد ☐ ۱۵- سایر یادکرنوع..... ۱۶- داروهای مصرفی با ذکر نام.....
- موارد بالا مورد تایید اینجانب..... ولی دانش آموز..... با کد ملی..... می باشد.

تاریخ، امضا و اثر انگشت ولی دانش آموز

نکات قابل توجه:

- بدیهی است نداشتن هیچ یک از بیماری های زیر به منزله برخورداری از سلامت جسمانی و اجازه شرکت در برنامه های آموزشی، تمرینات، فعالیت ها و آزمون های درس تربیت بدنی می باشد.
- ولی گرامی در صورت عدم آگاهی کافی از سلامت جسمانی فرزندتان، قبل از تایید این نمون برگ نسبت به مشورت با پزشک معالج اقدام فرمایید. در غیر این صورت مدرسه در قبال حوادث ناشی از بیماری فرزندتان مسئولیتی نخواهد داشت.
- ولی گرامی در صورت هرگونه تغییری در وضعیت سلامتی دانش آموز خود، مراتب را در اسرع وقت به صورت کتبی به مدیر مدرسه اطلاع رسانی فرمایید.
- ارائه مدارک پزشکی برای معذوریت ها و بیماری ها الزامی می باشد.
- برای دانش آموزان استثنایی که شرایط جسمانی خاص دارند، تایید پزشک معالج الزامی است.

(فرم معاینات پزشک بعد از انجام معاینات پزشکی تکمیل گردد)

اینجانب..... پزشک معالج دانش آموز..... بدین وسیله اعلام می دارم نامبرده به دلیل ابتلا به عارضه...../.....

عدم تایید عارضه اظهار شده توسط ولی دانش آموز قادر به انجام فعالیت های ورزشی در ساعت درس تربیت بدنی نمی باشد ☐ می باشد ☐

فشارخون: تعداد ضربان قلب: تعداد تنفس: درجه حرارت:

فعالیت ورزشی: بدون محدودیت ☐ دارای محدودیت ☐ علت محدودیت: معاف موقت: علت: مدت:

توضیحات پزشک:

مهر و امضا پزشک/تاریخ

توجه: مدیر محترم آموزشگاه: در صورت اظهار ولی دانش آموز نسبت به وجود هریک از بیماری های فوق الذکر، نسبت به ارجاع دانش آموز به پزشک مربوطه اقدام نموده و در صورت منع پزشکی، مراتب به اطلاع معلمان و اولیاء مدرسه رسانده شود.