



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زابل
معاونت آموزشی

شماره:

تاریخ:

فرم تائید سلامتی زیرفردان سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲

نام و نام خانوادگی:

کد ملی:

تاریخ تولد:

رشته تحصیلی:

مقطع:

آدرس محل سکونت:

تلفن تماس ثابت:

تلفن همراه:

امضاء

شرایط جسمانی و روانی

ردیف	شرح	بلی	خیر	مهر و امضاء
۱	آیا فرد از سلامت جسمانی برخوردار می باشد؟ در غیر این صورت نوع نقص عضو ذکر شود.			
۲	آیا فرد از سلامت روانی مورد تأیید کارشناس بهداشت روان برخوردار می باشد؟			