

گزارش نهایی نتایج معاینات پزشک عمومی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی: شهرستان:

دانش آموز: مبتلا به اختلال / بیماری نمی باشد / نمی باشد نوع مشکل / اختلال:

نیاز به مراقبت ویژه ندارد / دارد / دارد مراقبت ویژه مورد نیاز:

الف / توصیه ها به: خانواده:

اولیای مدرسه:

ب / توصیه های مربوطه به فعالیت ورزشی: 1- برای انجام فعالیت های ورزشی در حال حاضر هیچ گونه محدودیتی ندارد

2- برای انجام فعالیت های ورزشی محدودیت دارد / علت محدودیت:

معاف موقت علت: مدت:

تاریخ مهر و امضای پزشک

مهر مرکز بهداشتی درمانی: