فرم آمار اطلاعات جمعیتی مدارس و دانش آموزان تحت پوشش

شهرستان : ...................... مرکز خدمات جامع سلامت : .................. پایگاه سلامت/خانه بهداشت : ................... سال تحصیلی: .......................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام مدرسه** | **کد مدرسه** | **مقطع تحصیلی** | **جنسیت (دخترانه،پسرانه،**  **مختلط)** | **تعداد دانش آموزان به تفکیک پایه تحصیلی** | | | | | | | **تعداد کلاس** | **مربی بهداشت (دارد- ندارد)** | **شماره تلفن مدرسه** | **آدرس مدرسه** | **نام مراقب سلامت/بهورز مسئول مدرسه** | **روز حضور مراقب سلامت/**  **بهورز در مدرسه** |
| **اول** | **دوم** | **سوم** | **چهارم** | **پنجم** | **ششم** | **کل** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |