



سال هشتم تولید

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

نمون برگ شماره [۳]

نمون برگ اعلام آمادگی برای انجام معاینات پزشکی

الف: اطلاعات مربوط به وضعیت جسمانی داوطلب بر اساس اظهارات خویش:

۱	دیابت	دارم	ندارم	۹	لوسیمی (سرطان)	دارم	ندارم
۲	سیروز کبدی	دارم	ندارم	۱۰	کم خونی شدید مقاوم به درمان	دارم	ندارم
۳	آسم	دارم	ندارم	۱۱	تالاسمی ماژور	دارم	ندارم
۴	نارسایی کلیه	دارم	ندارم	۱۲	صرع	دارم	ندارم
۵	بیماری های پیشرفته قلبی	دارم	ندارم	۱۳	افسردگی	دارم	ندارم
۶	اسکروز آن پلاک	دارم	ندارم	۱۴	اضطراب	دارم	ندارم
۷	پارکینسون	دارم	ندارم	۱۵	اعتیاد به مواد مخدر، دخانیات و الکل	دارم	ندارم
۸	جذام	دارم	ندارم				

اینجانب شماره شناسنامه نام پدر شماره داوطلبی در آزمون سراسری سال ۱۳۹۹ رشته های مورد نیاز آموزش و پرورش موارد قید شده را صادقانه و با دقت تکمیل کرده و صحت کلیه مندرجات آن را به عهده می گیرم و به این موضوع آگاهی کامل دارم که درج هر گونه موارد نادرست و یا کتمان حقیقت در هر مرحله ای از تحصیل و استخدام مانع پذیرفته شدن اینجانب خواهد شد. واز کلیه شرایط و ضوابط اعلام شده ازسوی آموزش و پرورش در دفترچه آزمون و اطلاعیه مربوط و همچنین ضوابطی که در زمان انجام بررسی ویژگی های جسمانی اعلام خواهد شد؛ آگاهی کامل داشته و متعهد و متلزم می شوم که مطابق ضوابط آموزش و پرورش عمل نمایم.

تاریخ تکمیل امضاء و اثر انگشت داوطلب

ب: معاینات پزشکی

۱	انحراف چشم	دارم	ندارم	۱۲	اشکال در راه رفتن	دارم	ندارم
۲	دید دو چشم با استفاده از عینک $\frac{16}{10}$	دارم	ندارم	۱۳	لرزش در اندام ها	دارم	ندارم
۳	دید چشم راست با استفاده از عینک $\frac{10}{10}$	دارم	ندارم	۱۴	چاقی یا لاغری مفرط	دارم	ندارم
۴	دید چشم چپ با استفاده از عینک $\frac{10}{10}$	دارم	ندارم	۱۵	تیک عصبی	دارم	ندارم
۵	سمعک	دارم	ندارم	۱۶	ناموزونی در حرکات بدن	دارم	ندارم
۶	حداقل ۴۰ دسی بل شنوایی در گوش راست	دارم	ندارم	۱۷	لکنت زبان	دارم	ندارم
۷	حداقل ۴۰ دسی بل شنوایی در گوش چپ	دارم	ندارم	۱۸	اشکال در ادای کلمات و حروف	دارم	ندارم
۸	عفونت گوش	دارم	ندارم	۱۹	نقص عضو یا ایراد آشکار جسمی	دارم	ندارم
۹	سوختگی در صورت	دارم	ندارم	۲۰	تناسب اندام	دارم	ندارم
۱۰	ماه گرفتگی در صورت	دارم	ندارم	۲۱	وزن (تناسب وزن با حداقل قد)	کیلوگرم	
۱۱	ریزش کامل مو در صورت و سر	دارم	ندارم	۲۲	قد (میزان براساس مصوبه ستاد استانی)	سانتی متر	

با توجه به اظهارات داوطلب و نتایج حاصل از معاینات پزشکی فوق، از حیث شرایط جسمانی نامبرده شرایط لازم برای استخدام در حرفه

معلمی را دارد ☐ ندارد ☐

نام و نام خانوادگی پزشک معتمد / مهر و امضاء