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** |
|   |   |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |
|   |   |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |
|   |   |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |
|   |   |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |
|   |   |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |
|   |   |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |
|   |   |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |
|   |   |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |
|   |   |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |
|   |   |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |