

گزارش اجرای برنامه مکمل یاری دانش آموزان در مدارس تحت پوشش شهرستان .............

مرکز خدمات جامع سلامت........... پایگاه سلامت/خانه بهداشت................

سال تحصیلی : ............... سال : ................

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **تعداد مدارس متوسطه اول و دوم شهرستان** | **تعداد دریافت ویتامین D3 از معاونت** | **تعداد دریافت قرص فروفولیک ازمعاونت** | **تعداد مدارس توزیع شده ویتامین D3** | **تعداد مدارس توزیع شده قرص فروفولیک** | **تعداد ویتامین D3 توزیع شده در مدارس** | **تعداد قرص فروفولیک توزیع شده در مدارس** | **تعداد بازدیدهای انجام شده در خصوص نحوه مصرف** **مکمل ها در مدارس** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

مشکلات اجرایی برنامه مکمل یاری دانش آموزان در شهرستان :

مداخلات انجام شده جهت رفع مشکلات اجرایی برنامه مکمل یاری دانش آموزان در شهرستان :