

بسمه تعالی

تاریخ تکمیل:.....

فرم معاینات پزشکی

اینجانب فرزند..... متولد..... به شماره شناسنامه..... پذیرفته شده در رشته مقطع..... دوره با اطلاع از کلیه مقررات اعلام شده در خصوص وضعیت جسمانی برای پذیرش در رشته فوق در دفترچه آزمون سراسری سال تعهد می نمایم کلیه شرایط عمومی و اختصاصی مربوطه را از لحاظ وضعیت جسمانی دارا می باشم و دانشگاه اجازه دارد در صورت عدم صحت مراتب فوق در هر مقطعی از تحصیل که باشم از ادامه تحصیل اینجانب طبق مقررات جلوگیری بعمل آورد.

امضاء دانشجو

.....

محل گواهی پزشک عمومی

احتراما" گواهی می شود از نامبرده معاینه بعمل آمد و موارد ذیل برای اطلاع آن دانشکده اعلام می شود.

علائم حیاتی : H = W = PR = BP= RR =

سابقه بیماری :

معلولیت (لطفا نوع معلولیت قید شود) ☐ نوع معلولیت: شنوایی و گوش ☐ بینایی ☐ اندامها

مهر و امضاء پزشک مرکز جامع سلامت

مهر و امضاء مرکز جامع / پایگاه سلامت