

باسمه تعالی

نمونه برگ آگاهی از سلامتی دانش آموزان و فعالیت‌های ورزشی درون مدرسه‌ای

از آموزشگاه : تاریخ :

محل الصاق عکس

به ولی محترم دانش آموز:

نظر به اینکه سلامتی جسمانی، ضروری‌ترین شرط شرکت در هرگونه فعالیت ورزشی است و به منظور حفظ سلامت دانش آموزان و اطلاع معلمان تربیت بدنی از وضعیت جسمانی ایشان، در صورتی که فرزند شما از سلامتی کامل برخوردار است یا احتمالاً دچار هرگونه بیماری از قبیل: عوارض قلبی، تنفسی، اعمال جراحی، فشار خون، شکستگی، بیماری‌های عفونی، ناراحتی‌های مفصلی، دیابت، نارسایی بینایی و شنوایی، ناراحتی‌های مزمن و بیماری‌های غیر واگیر می‌باشد، خواهشمند است مراتب را از طریق این نمونه برگ به اطلاع آموزشگاه برسانید.

مهر و امضاء مدیر آموزشگاه

***این فرم باید در حضور مدیر مدرسه توسط ولی قهری و قانونی دانش آموز تکمیل، امضاء و تحویل شود.

مدیر محترم آموزشگاه :

اینجانب : ولی دانش آموز : با کد ملی: ----- ضمن مطالعه‌ی دقیق این فرم و با آگاهی، بدینوسیله اعلام می‌دارم: فرزندم از سلامتی کامل جسمانی برای شرکت در برنامه‌های آموزشی درس تربیت بدنی، تمرینات و فعالیت‌های ورزشی و آزمون‌های درس تربیت بدنی برخوردار می‌باشد.

تاریخ، امضاء و اثر انگشت ولی قهری دانش آموز

نکات قابل توجه:

- *ولی گرامی: در صورت عدم آگاهی کافی از سلامت جسمانی فرزندتان، قبل از تأیید این نمونه برگ نسبت به مشورت با پزشک معالج اقدام فرمایید. در غیر اینصورت آموزشگاه در قبال حوادث ناشی از بیماری فرزندتان مسئولیتی نخواهد داشت.
- * ولی گرامی در صورت هر گونه تغییری در وضعیت سلامتی دانش آموز خود، مراتب را در اسرع وقت به صورت کتبی با مدیر آموزشگاه اطلاع‌رسانی فرمایید.
- * ارائه‌ی مدارک پزشکی برای معذوریت‌ها و بیماری‌ها الزامی می‌باشد.
- * برای دانش آموزان استثنایی که شرایط جسمانی خاص دارند، تأیید پزشک معالج الزامی است.

مدیر محترم آموزشگاه :

اینجانب پزشک معالج دانش آموز (صاحب عکس فوق)..... بدینوسیله اعلام می‌دارم: نامبرده بدلیل ابتلا به عارضه یا بیماری (لطفاً نوع بیماری به صورت خوانا و با نگارش فارسی نوشته شود) قادر به انجام فعالیت‌های ورزشی در ساعت درس تربیت بدنی نمی‌باشد.

فعالیت‌های هوازی ☐ انعطاف‌پذیری ☐ استقامت عضلانی ☐ قدرت عضلانی ☐ فعالیت‌های سرعتی ☐ رشته‌های ورزشی توبی ☐

سایر موارد:

توضیحات پزشک در خصوص نوع، شدت و زمان فعالیت ورزشی دانش آموز:

مهر و امضاء پزشک