

نمون برگ شماره ۱: اعلام آمادگی برای انجام مصاحبه اختصاصی

احتراماً بدینوسیله اینجانب فرزند دارای کد ملی به شماره داوطلبی داریت در روز مورخ زمان مراجعه برای انجام مصاحبه تخصصی ضمن مطالعه دقیق و اطلاع از موارد ذیل و همچنین مفاد

اطلاعیه مورخ ۱۴۰۰ سازمان سنجش آموزش کشور برای رشته های دارای شرایط خاص و شرایط و ضوابط اختصاصی مندرج در دفترچه پیوست دفترچه شماره (۲) راهنمای انتخاب رشته های تحصیلی آزمون سراسری سال ۱۴۰۰، متعهد و ملتزم می شوم ضمن رعایت مفاد ذیل و شرایط و ضوابط اعلام شده از سوی آموزش و پرورش، چنانچه در ردیف پذیرفته شدگان نهایی دانشگاه فرهنگیان و یا دانشگاه تربیت دبیر شهیدرجایی فرازگیرم اقدام و ادامه تحصیل نمایم:

- ۱- به این موضوع اشراف کامل دارم که موفقیت در مصاحبه تخصصی و بررسی صلاحیت های عمومی به منزله قبولی فرد در دانشگاه فرهنگیان و دانشگاه تربیت دبیر شهیدرجایی تلقی نمی گردد بلکه کلیه داوطلبان باید واجد شرایط مصاحبه تخصصی و بررسی صلاحیت های عمومی بوده و در گزینش نهایی که بر اساس ضوابط، توسط سازمان سنجش آموزش کشور انجام می گردد، دارای نمره علمی نهایی بالاتر در مقایسه با سایر داوطلبان در کد رشته محل انتخابی نیز باشند.
- ۲- به موجب ماده ۷ قانون خدمت وظیفه عمومی مصوب ۶۳۷/۲۹ و تکلیف مقرر در تبصره ۱ ماده ۶ قانون اصلاح موادی از وظیفه عمومی مصوب ۱۳۹۰/۹/۱۶ مجلس شورای اسلامی فارغ التحصیلان دکور دانشگاههای وابسته به آموزش و پرورش قبل اشتغال بکار در آموزش و پرورش و صدور حکم استخدام رسمی - قطعی مکلف به گذراندن دوره آموزش رزم مقدماتی می باشند در صورت عدم مراجعه برای گذراندن دوره آموزش رزم مقدماتی بروز هر مشکلی در راستای تبدیل وضعیت استخدامی به عهده دانشجو خواهد بود.
- ۳- رشته های مورد نیاز آموزش و پرورش در دبیر دس ها که دانشجو معلمان آن برای تشکیل کلاس در محل قبولی به حدنصاب لازم یعنی حداقل ۲۰ نفر نمره سازمان مرکزی دانشگاه فرهنگیان می تواند به تشخیص خود نسبت به جایه جایی پذیرفته شدگان در پردیس های خود در سطح کشور اقدام نماید.
- ۴- موضوع اخذ تعهد و صدور احکام کارگزینی پذیرفته شدگان نهایی بر اساس منطقه محل خدمت تعیین شده در دفترچه شماره (۲) راهنمای انتخاب رشته های تحصیلی پس از طی مراحل قانونی و تایید مراجع ذیصلاح، از مورخ ۱۴۰۱/۷/۱ به بعد خواهد بود.
- ۵- از معرفی شدگان مصاحبه علمی - تخصصی به محل خواهد آمد که دارای شرایط و ضوابط مندرج در دفترچه پیوست دفترچه شماره (۲) راهنمای انتخاب رشته های تحصیلی آزمون سراسری سال ۱۴۰۰ باشند. چنانچه در هر مرحله از تحصیل مشخص شود که فاقد شرایط مزبور هستم از ادامه تحصیل محروم و مکلف به پرداخت هزینه ها خواهم بود. برخی از شرایط دفترچه دارای نمره علمی کل ۶۵۰۰ و بالاتر در زیر گروه آزمایش مربوط، داشتن حداقل معدل کل ۱۴ در دوره متوسطه ی دوم، داشتن حداقل سن ۲۴ سال تمام (متولدین ۱۳۷۶/۷/۱ به بعد)، یومی بودن در کد رشته محل پذیرفته شده، برخورداری از سلامت کامل فنی و روان و شرایط مناسب جسمانی برای حسن انجام وظیفه مطبی (توانایی گفتاری، قدرت بینایی، قدرت شنوایی، تناسب قد و وزن).
- ۶- متعهد و ملتزم می شوم چنانچه غیر واجد شرایط فوق و یا دفترچه آزمون و اطلاعیه و مقررات اعلام شده، باشم آموزش و پرورش از بررسی صلاحیت های عمومی و بررسی ویژگیهای جسمانی، انجام مصاحبه اختصاصی، تحصیل و یا استخدام اینجانب جلوگیری نماید. و حسب مورد مکلف به پرداخت خسارت نیز خواهم بود.
- ۷- تغییر اولویت انتخابی، رشته و تغییر گرایش و همچنین تغییر سهمیه خدمتی تحت هر شرایط و وفق ضوابط اعلام شده مجاز نبوده و در طول تحصیل و بعد از فراغت از تحصیل درخواستی در این خصوص بخواهم داشت.
- ۸- مسئولیت ناشی از عدم رعایت دقیق ضوابط و شرایط اعلام شده به عهده اینجانب خواهد بود. تشخیص آموزش و پرورش در هر یک موارد فوق، غیر قابل اعتراض بوده و دستگاه مزبوره حق اقدام قضایی و صدور اجراییه در صورت تخلف علیه اینجانب را دارد.
- ۹- بررسی ویژگی های جسمانی بر اساس ضوابطی خواهد بود که آموزش و پرورش در زمان بررسی ویژگی های جسمانی اعلام می نماید.
- ۱۰- متعهد و ملتزم می شوم اگر جزء پذیرفته شدگان نهایی قرار گرفته و پس از ثبت نام در دانشگاه محل قبولی، در صورت ترک تحصیل یا انصراف از تحصیل مسئولیت از تحصیل، اخراج و یا انفصال از خدمت، استعفا از استخدام، عدم استخدام ناشی از تقصیر، ترک خدمت، بازخرید نبودن و بطور کلی در صورت فراهم نبودن موجبات عدم ایفای تمام یا قسمتی از خدمت مورد تعهد، مکلف خواهم بود دو برابر حقوق و مزایای دریافتی و دو برابر هزینه های دوره تحصیلی را حسب اعلام آموزش و پرورش و دانشگاه محل تحصیل، حسب مورد به توسط آموزش و پرورش یا دانشگاه پرداخت نمایم.

نام و نام خانوادگی داوطلب تاریخ / امضاء و اثر انگشت

نمون برگ شماره ۲: پذیرش و کنترل مدارک و مستندات

یک قطعه عکس

۳×۴

در این محل بچسبانید

گواهی می شود:

۱- اصل شناسنامه و کارت ملی آقای / خانم فرزند با کد ملی به شماره داوطلبی مشاهده و مورد تطبیق قرار گرفت.

۲- تاریخ تولد ایشان روز ماه سال بوده و حائز شرایط سنی تعیین شده یعنی حداکثر ۲۴ سال تمام (متولدین ۱۳۷۵/۷/۱ به بعد) در شرایط و ضوابط مندرج در دفترچه شماره (۲) راهنمای انتخاب رشته های تحصیلی داوطلبان دانشگاه فرهنگیان و تربیت دبیر شهید رجایی در سال ۱۴۰۰ : الف - می باشد ☐ ب - نمی باشد ☐

۳- اصل دیپلم و یا گواهی تأییدیه تحصیلی ایشان مورد بررسی قرار گرفت. معدل کل ایشان می باشد. به این ترتیب ایشان از حداقل معدل لازم برای تحصیل در دانشگاه فرهنگیان و دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی برخوردار : الف - می باشد ☐ ب - نمی باشد ☐

۴- با توجه به شرایط و ضوابط اعلام شده، داوطلب حائز شرایط بومی استان الف - می باشد ☐ ب - نمی باشد ☐
۵- به دلیل عدم احراز شرط سن ☐ معدل ☐ حائز شرایط لازم برای انجام معاینه پزشکی نمی باشد.
۶- داوطلب نمون برگ مشخصات فردی مربوط به گزینش را قبلاً از طریق پست پیشتاز تکمیل و ارسال نموده است .
بلی ☐ خیر ☐

۷- طبق مدارک و مستندات ارائه شده برای بخشنامه شماره ۷۱۰/۳۴ مورخ ۹۲/۷/۲۹ از امتیازنخبگان برخوردار
الف - می باشد ☐ ب - نمی باشد ☐

۸- داوطلب نمون برگ شماره (۱) اعلام آمادگی برای انجام مصاحبه اختصاصی را تکمیل و تحویل نموده است.
بلی ☐ خیر ☐

توجه: ضبط و نگهداری تصویر (شناسنامه، کارت ملی و اصل دیپلم) و یا گواهی تأیید شده که برابر اصل شده و نمون - برگ های دستور العمل در سوابق پرونده مصاحبه داوطلب الزامی است .

تاریخ و امضاء:

نام و نام خانوادگی :

مسئول پذیرش :

نمون برگ شماره ۳ : اعلام آمادگی برای انجام معاینه های 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 مازور	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	بارکینسون	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 ۱۴۰۰ رشته های مورد نیاز آموزش و پرورش موارد قید شده در نمونه برگ های مربوط به ویژگی های جسمانی و معاینه های پزشکی 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 و از کلیه شرایط و ضوابط اعلام شده از سوی آموزش و پرورش در دفترچه آزمون و اطلاعاتیه مربوط و همچنین ضوابطی که در زمان انجام بررسی ویژگی های جسمانی اعلام خواهد شد، آگاهی کامل داشته و متعهد و ملتزم می شوم که مطابق ضوابط آموزش و پرورش عمل کنم .

تاریخ تکمیل

امضاء و اثر انگشت داوطلب

نمون برگ شماره ۴-الف : خود اظهاری و سوابق بیماری (توسط داوطلب تکمیل شود)

۴-الف-۱) مشخصات عمومی داوطلب: لازم به ذکر است محتویات این پرسشنامه و معاینه ها کاملاً محرمانه است.	
بند ۱. نام و نام خانوادگی:	بند ۲. تاریخ تولد:/...../۱۳..... کد ملی:
بند ۳. جنسیت: ۱. مذکر <input type="checkbox"/> ۲. مونث <input type="checkbox"/>	بند ۴. وضعیت تاهل: ۱. مجرد <input type="checkbox"/> ۲. متاهل <input type="checkbox"/> ۳. سایر <input type="checkbox"/>
بند ۵. نام پردیس / مرکز / سازمان :	بند ۶. نام آخرین مدرسه ای که تحصیل کرده اید :
بند ۷. گروه آزمایشی پذیرفته شده :	
بند ۸. آدرس پست الکترونیکی: (ایمیل)	
بند ۹. شماره تلفن ثابت:	شماره تلفن همراه:
بند ۱۰. خدمت سربازی: ۱. رفته ام <input type="checkbox"/> ۲. نرفته ام <input type="checkbox"/> ۳. دارای معافیت هستم <input type="checkbox"/> علت معافیت ذکر شود	

نمون برگ شماره ۴-الف : خود اظهاری و سوابق بیماری (توسط داوطلب تکمیل شود)

۴-الف-۲) سابقه پزشکی فرد (توسط داوطلب تکمیل شود)

- بند ۱۱. کدامیک از مشکلات زیر را تاکنون داشته اید؟
۱. اختلالات قلبی و عروقی ☐ ۲. احساس خستگی مزمن ☐ ۳. دردهای اسکلتی-عضلانی ☐ ۴. ناراحتی های گوارشی ☐
 ۵. فشار خون بالا ☐ ۶. سر درد دوره ای ☐ ۷. یابت (بیماری قند) ☐ ۸. اختلال کارکرد تیروئید ☐
 ۹. کم خونی تایید شده ☐ ۱۰. بالا بودن چربی خون ☐ ۱۱. تشنج و صرع ☐ ۱۲. آسم و سایر بیماری های مزمن تنفسی ☐
 ۱۳. کاهش شنوایی ☐ ۱۴. بیماری های صعب العلاج (سرطان، ام اس، اچ ای وی و...) ☐ ذکر شود.....
 ۱۵. مشکلات دستگاه ادراری (عفونت، سنگ و...) ☐ ۱۶. سابقه عمل جراحی یا بستری شدن در بیمارستان ☐ علت....
 ۱۷. مشکلات مادرزادی ☐ ذکر شود.... ۱۸. معلولیت ☐ نوع و علت....
 - ۱۹- سابقه بیماریهای عفونی (سل، هپاتیت C, B، ایدز، تب مالت و...) ☐ در صورت ابتلاء هر کدام ذکر کنید.....
 ۲۰. سابقه هیچکدام از بیماری های فوق را ندارم ☐ ۲۱. آیا در دیدن رنگ ها مشکل دارید؟ ☐ بله ☐ خیر ☐

بند ۱۲. هنگام انجام فعالیت های بدنی دچار کدامیک از مشکلات زیر می شوید؟

۱. درد قفسه سینه ☐ ۲. سرگیجه ☐ ۳. سرفه ☐ ۴. تنگی نفس ☐ ۵. هیچکدام ☐

بند ۱۳. آیا در حال حاضر تحت درمان با داروی خاصی هستید؟ ☐ خیر ☐ ۲. بلی ☐ نام دارو ها ذکر شود....

بند ۱۴. آیا سابقه حساسیت به دارو یا غذای خاصی دارید؟ ☐ خیر ☐ ۲. بلی ☐ نام دارو ها ، علت و مدت استفاده ذکر شود....

بند ۱۵. آیا بدون تجویز پزشک دارویی مصرف می کنید؟

۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐

اگر جوابتان مثبت است چه دارویی مصرف می کنید؟

۱. آنتی بیوتیک ☐ ۲. مسکن های ساده ☐ ۳. دیابت (بیماری قند) ☐ ۴. داروهای آرامبخش ☐ ۵. داروهای نیروزا ☐ ۶. سایر موارد ☐ ذکر شود.....

بند ۱۶- آیا تاکنون سابقه ای از مصرف مواد مخدر (تریاک، هروین، حشیش و.... و مواد محرک مثل شیشه، اکستازی)

و.... داشته اید؟ ☐ خیر ☐ بلی ☐ چه سالی و چه مدت؟ ذکر کنید

بند ۱۷- آیا تا کنون سابقه ای از مصرف سیگار، قلیان و یا پیپ داشته اید؟

۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐

چه سالی..... و چه مدت..... آیا ادامه دارد؟

۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐

این سوال مخصوص خانم ها است.

بند ۱۸- سابقه کدام مورد را داشته اید؟

- اختلالات پر یود ☐ موهای زاید صورت ☐ بلوغ زودرس ☐ بلوغ دیررس ☐ سابقه یا جراحی بیماری های رحمی ☐
- ناباروری ☐ کیست های تخمدانی ☐ توده یا ترشحات پستانی ☐

سایر موارد ذکر کنید.....

نمون برگ شماره ۴-الف : خود اظهاری و سوابق بیماری (توسط داوطلب تکمیل شود)

بند ۱۹- Rh و گروه خونی شما چیست؟.....
۴-الف-۳) سابقه پزشکی خانواده (توسط داوطلب تکمیل شود)
<p>بند ۲۰- کدامیک از موارد زیر در خانواده درجه یک (پدر، مادر، خواهر و برادر) شما وجود دارد؟</p> <p>۱. فشار خون بالا <input type="checkbox"/> ۲. سابقه سکته قلبی زیر پنجاه سال <input type="checkbox"/> ۳. دیابت (بیماری قند) <input type="checkbox"/> ۴. سرطان <input type="checkbox"/> ۵. مصرف دخانیات (سیگار، پپ، قلیان) <input type="checkbox"/> ۶. بالابودن چربی های خون <input type="checkbox"/> ۷. چاقی <input type="checkbox"/> ۸. بیماریهای اعصاب و روان <input type="checkbox"/> ۹. بیماری های کلیوی <input type="checkbox"/> ۱۰. بیماری های روده ای (کولیت اولسرو، کرون) <input type="checkbox"/></p>

۴-الف-۴) وضعیت ایمنی سازی (توسط داوطلب تکمیل شود)
<p>بند ۲۱. آیا واکسیناسیون شما کامل انجام شده است؟</p> <p>۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> ۳. نمی دانم <input type="checkbox"/></p>
<p>بند ۲۲. آیا واکسن هپاتیت ب را دریافت کرده اید؟</p> <p>۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> ۳. نمی دانم <input type="checkbox"/></p>
<p>بند ۲۳. آیا در دوره دبیرستان واکسن توام (دیفتری، کزاز) دریافت کرده اید؟</p> <p>۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> ۳. نمی دانم <input type="checkbox"/></p>

الف-۶) این قسمت توسط داوطلب به دقت مطالعه و تکمیل می شود.

این نمون برگ توسط داوطلب و در حضور پزشک معاینه کننده تکمیل و امضا و به پزشک معاینه کننده تحویل داده می شود تا در پرونده پزشکی داوطلب نگهداری شود.

امضاء و اثر انگشت

تاریخ تکمیل

نمون برگ شماره ۴-ب: معاینه‌های جسمی توسط پزشک

۴-ب-۱) قد، وزن، فشار خون، شاخص توده بدنی یا BMI (توسط پزشک)
بند-۲۴. قد (به سانتیمتر)
بند-۲۵. وزن به کیلوگرم..... BMI
بند-۲۶. فشار خون ۱- سیستول: ۲- دیا سیستول: فشار خون بالا (۹۰/۱۴۰ و بالاتر) ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/>

۴-ب-۲) اندازه گیری قدرت بینایی (توسط پزشک)
بند-۲۷. وضعیت بینایی چشم راست: (پس از اصلاح با عینک) ۱- ۱۰/۱۰ <input type="checkbox"/> ۲- ۹/۱۰ <input type="checkbox"/> ۳- ۸/۱۰ و کمتر <input type="checkbox"/>
بند-۲۸. وضعیت بینایی چشم چپ: (پس از اصلاح با عینک) ۱- ۱۰/۱۰ <input type="checkbox"/> ۲- کمتر از ۹/۱۰ <input type="checkbox"/> ۳- ۸/۱۰ و کمتر <input type="checkbox"/>
بند-۲۹. با توجه به وضعیت بینایی مراجعه دانشجو به چشم پزشک توصیه می شود؟ ۱- خیر <input type="checkbox"/> ۲- بلی <input type="checkbox"/>
بند-۳۰. آیا هر دو چشم سالم است؟ اگر نه نام بیماری:

۴-ب-۳) معاینه لثه و دندان ها (توسط پزشک)
بند-۳۱. وضعیت بهداشت دندان ها کدام گزینه است؟ ۱. بد <input type="checkbox"/> ۲. متوسط <input type="checkbox"/> ۳. خوب <input type="checkbox"/>
بند-۳۲. وضعیت بهداشت لثه ها کدام گزینه است؟ ۱. بیماری لثه (پیوره) <input type="checkbox"/> ۲. التهاب لثه <input type="checkbox"/> ۳. طبیعی <input type="checkbox"/>
بند-۳۳. با توجه به معاینات وضعیت دهان و دندان مراجعه دانشجو به دندانپزشک توصیه می شود؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/>

۴-ب-۴) - معاینه های بدنی و بررسی های بالینی (توسط پزشک):

همکار گرامی لطفاً پیش از معاینه، مروری بر شرح حال باربارا بیتزولپست بیماری های ممنوع الاستخدام داشته باشید.

۱. پوست و مو:	<input type="checkbox"/> طبیعی	<input type="checkbox"/> غیر طبیعی، ذکر شود.....
۲. سر، صورت و گردن:	<input type="checkbox"/> طبیعی	<input type="checkbox"/> غیر طبیعی، ذکر شود.....
۳. چشم و پلکها:	<input type="checkbox"/> طبیعی	<input type="checkbox"/> غیر طبیعی، ذکر شود.....
۴. دهان، گوش، حلق و بینی:	<input type="checkbox"/> طبیعی	<input type="checkbox"/> غیر طبیعی، ذکر شود.....
۵. بیماریهای عفونی:	<input type="checkbox"/> طبیعی	<input type="checkbox"/> غیر طبیعی، ذکر شود.....
۶. خون و غدد لنفاوی:	<input type="checkbox"/> طبیعی	<input type="checkbox"/> غیر طبیعی، ذکر شود.....
۷. قفسه سینه و پستان:	<input type="checkbox"/> طبیعی	<input type="checkbox"/> غیر طبیعی، ذکر شود.....
۸. قلب و عروق:	<input type="checkbox"/> طبیعی	<input type="checkbox"/> غیر طبیعی، ذکر شود.....
۹. ریه و تنفس:	<input type="checkbox"/> طبیعی	<input type="checkbox"/> غیر طبیعی، ذکر شود.....
۱۰. شکم، گوارش و مقعد:	<input type="checkbox"/> طبیعی	<input type="checkbox"/> غیر طبیعی، ذکر شود.....
۱۱. اندام تناسلی، کلیه ها و مجاری ادراری:	<input type="checkbox"/> طبیعی	<input type="checkbox"/> غیر طبیعی، ذکر شود.....
۱۲. مغز و اعصاب:	<input type="checkbox"/> طبیعی	<input type="checkbox"/> غیر طبیعی، ذکر شود.....
۱۳. اعصاب و روان:	<input type="checkbox"/> طبیعی	<input type="checkbox"/> غیر طبیعی، ذکر شود.....
۱۴. اندام فوقانی و تحتانی:	<input type="checkbox"/> طبیعی	<input type="checkbox"/> غیر طبیعی، ذکر شود.....
۱۵. بیماری های روماتولوژی، استخوان، مفاصل و عضلات:	<input type="checkbox"/> طبیعی	<input type="checkbox"/> غیر طبیعی، ذکر شود.....
۱۶. غدد و هورمون ها:	<input type="checkbox"/> طبیعی	<input type="checkbox"/> غیر طبیعی، ذکر شود.....
۱۷. معاینات زنان:	<input type="checkbox"/> طبیعی	<input type="checkbox"/> غیر طبیعی، ذکر شود.....

ب-۵): نتیجه نهایی معاینات پزشکی

بند ۳۴- اظهار نظر پزشک معاینه کننده

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

نام و نام خانوادگی پزشک معاینه کننده:

تاریخ و امضا:

نمون برگ شماره ۴-ج: ارجاع به پزشک متخصص

عکس داوطلب

ممهور به مهر پزشک

معاینه کننده

همکار محترم پزشک متخصص / فوق تخصص جناب آقای / سرکار خانم دکتر
بدین وسیله صاحب عکس ممهور آقای / خانم فرزند به شماره
ملی جهت بررسی و معاینه و اظهار نظر در خصوص موضوع ذیل معرفی می گردد، لطفاً
نتایج بررسی و اظهار نظر به صورت محرمانه گزارش شود:

.....
.....

تاریخ ، امضاء و مهر پزشک معتمد آموزش و پرورش

همکار محترم جناب آقای / سرکار خانم دکتر
بدین وسیله آقای / خانم صاحب عکس ممهور فوق الذکر مورد بررسی و معاینه کامل قرار
گرفت و نتایج به شرح ذیل اعلام می گردد:

.....
.....

تاریخ ، امضا و مهر پزشک متخصص :

**مسئولیت و پاسخگویی به مراجع قانونی در خصوص مفاد اعلام نظر، با پزشک تایید کننده این فرم است.

نمون برگ شماره ۴-د: اظهار نظر پزشک در پایان مرحله اول معاینات

عکس داوطلب

آقای/خانم رشته
کد ملی استان پردیس

۱. از نظر جسمی و روانی توانایی کار معلمی را دارد ☐

۲. از نظر جسمی و روانی توانایی کار معلمی را به دلایل ذیل :

ندارد ☐

تاریخ، امضاء و مهر

پزشک معتمد آموزش و پرورش

****مسئولیت و پاسخگویی به مراجع قانونی در خصوص عدم رعایت ضوابط و مفاد لیست بیماری‌هایی که ممنوعیت استخدام در آموزش و پرورش را دارند، بر عهده پزشک تایید کننده این فرم است.**
تذکر (۱) : صدور نمون برگ شماره ۴-ج (نمون برگ ارجاع به پزشک متخصص) در این مرحله برای همه داوطلبان ضرورت ندارد و صرفاً برای افرادی ارائه شود که نظر پزشک متخصص برای اظهار نظر نهایی ضرورت داشته باشد.
تذکر (۲): تشکیل پرونده و اخذ تعهد محضری و صدور حکم استخدام رسمی -آزمایشی مشروط به سالم بودن در آزمایش‌های بدو استخدام است.