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** | **نوع مدرسه (دولتی/غیردولتی- عادی/ استثنایی)** | **جنسیت (دخترانه، پسرانه،****مختلط)** | **تعداد دانش آموزان به تفکیک پایه تحصیلی** | **تعداد کلاس**  | **تعداد معلمان / کارکنان**  | **مربی بهداشت (دارد- ندارد)**  | **مدرسه مروج سلامت** **می باشد؟ (چند ستاره)** | **آدرس و شماره تلفن مدرسه** | **نام مراقب سلامت/ بهورز مسئول مدرسه** |
| **اول** | **دوم** | **سوم** | **چهارم** | **پنجم** | **ششم** | **کل** |
|   |   |   |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |  |   |  |
|   |   |   |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |  |   |  |
|   |   |   |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |  |   |  |
|   |   |   |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |  |   |  |
|   |   |   |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |  |   |  |
|   |   |   |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |  |   |  |
|   |   |   |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |  |   |  |
|   |   |   |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |  |   |  |
|   |   |   |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |  |   |  |
|   |   |   |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |  |   |  |