بسمه تعالی

تاریخ:.............

|  |
| --- |
| الصاق  عکس |

معرفی نامه غربالگری سلامت و ایمن سازی گروه سنی 5 تا 20 سال

رئیس محترم مرکز خدمات جامع سلامت...............

با سلام

احتراما در اجرای ابلاغیه مرکز امور بین الملل و مدارس خارج از کشور، آقا/خانم............................................................... دارای کدیکتا............................متقاضی تحصیل در واحد آموزشی، جهت غربالگری سلامت و ایمن سازی معرفی می گردد.

خواهشمند است پس از انجام معاینات مربوطه و واکسیناسیون، فرم خلاصه معاینات و ارزیابی وضعیت سلامت دانش آموزان به همراه رسید ذیل این برگه تکمیل و به ولی/قیم دانش آموز تحویل گردد و قسمت معرفی نامه در مرکز بایگانی شود.

نام مدرسه.:........................................................

شماره تماس مدرسه(الزامی):............................................

مهرو امضا مدیر مدرسه

نشانی مرکز خدمات جامع سلامت:.......................................................................

✄………………………………………………………………………………………………………………………………

گواهی انجام معاینات دانش آموزان اتباع خارجی فاقد مدارک هویتی و اقامتی

در سال تحصیلی 1403-1402

**بدین وسیله گواهی می گردد معاینات تبعه خارجی آقا/خانم........................................................................ به کد یکتا..................................درتاریخ.................................................در مرکز خدمات جامع سلامت/ پایگاه سلامت/ خانه بهداشت..............................شهرستان................................انجام و دانش آموز دارای اختلال/بیماری می باشد**

**نمی باشد و فرم خلاصه معاینات و ارزیابی وضعیت سلامت دانش آموز به ولی/قیم ایشان تحویل داده شد**.

**مهر و امضای پزشک مرکز خدمات جامع سلامت**