



بسمه تعالی

## کارت مراقبت دانشجویان

نام و نام خانوادگی :

کد ملی :

تاریخ :

**BMI** :

واکسیناسیون کرونا: نوبت اول

نوبت دوم

نوبت سوم

نوبت چهارم

ممنوعیت حرکات ورزشی :

دارد

ندارد

وضعیت شنوایی :

مطلوب

نامطلوب

وضعیت بینایی:

مطلوب

نامطلوب

سابقه بیماری خاص:

دارد

ندارد

در صورت داشتن بیماری خاص نام بیماری ذکر شود:.....

مهر مرکز بهداشت

مهر و امضاء پزشک