



شماره کد داوطلب:

نام خانوادگی: نام پدر: شماره شناسنامه:  
 تاریخ تولد: محل تولد: محل صدور:  
 نوع دیپلم: نوع سهمیه:

۱- آیا مبتلا به بیماری خاصی هستید؟  
 بلی  خیر  
 فشارخون  نارسایی کلیه  بیماری قلبی  
 اختلالات روانی  سایر موارد با ذکر نام:  صرع

۲- آیا نقص عضو خاصی دارید؟  
 در صورت مثبت بودن نوع نقص عضو را ذکر نمایید:  
 محدودیت‌های که نقص عضو برایتان دارد را ذکر نمایید:

۳- آیا سابقه بستری در بیمارستان را دارید؟  
 بلی  خیر  
 در صورت پاسخ مثبت علت آن را ذکر نمایید:

۴- آیا سابقه اعتیاد به مواد مخدر و یا دخانیات (سیگار) دارید؟  
 بلی  خیر  
 در صورت پاسخ مثبت نوع ماده و مدت آن را ذکر نمایید:

۵- وضعیت نظام وظیفه:

مشمول بوده وارد غیبت شدم  / دارای تاریخ اعزام می باشم  تاریخ اعزام / /  
 تا ۱۴۰۲/۱۱/۰۱ معافیت دانش آموزی دارم  / دانشجوی انصرافی سایر دانشگاهها می باشم  تاریخ پایان معافیت / /  
 دارای کارت معافیت دائم می باشم.

آدرس دقیق محل سکونت

استان: شهر: خیابان: کوچه: پلاک: واحد:  
 تلفن ثابت با ذکر کد: تلفن همراه:

اینجانب داوطلب دوره کاردانی / کارشناسی پیوسته فوریت‌های پزشکی شخصا این فرم را تکمیل نموده و مسئولیت صحت مندرجات آن را به عهده گرفته و متعهد می‌شوم که در صورت درخواست کلیه مدارک مورد نیاز را تحویل نمایم و در غیر این صورت قبول اینجانب **کان لم یکن** تلقی می‌گردد.

تاریخ

امضا و اثر انگشت داوطلب

# سبقت‌گویی

" این بخش از فرم در زمان مصاحبه تکمیل می‌گردد. لطفا چیزی نوشته نشود."

نام و نام خانوادگی:

سن کمتر از ۲۸ سال است؟ بله  خیر

تاریخ دقیق تولد:

(خانم بالای ۱۶۵ سانتی متر و آقا بالاتر از ۱۷۰ سانتی متر)

قد (سانتی متر):

وزن (کیلوگرم):

شاخص توده بدنی بین ۱۸/۵ تا ۲۴/۹ می‌باشد؟ بله  خیر

شاخص توده بدنی:

## "معاینات پزشکی"

بیماری صعب‌العلاج:

دیابت تحت درمان با انسولین: دارد  ندارد

فشارخون: دارد  ندارد

آسم: دارد  ندارد

نارسایی کلیه: دارد  ندارد

بیماری پیشرفته قلبی: دارد  ندارد

صرع: دارد  ندارد

اختلال اسکلتی مادرزادی یا اکتسابی در ستون فقرات: دارد  ندارد

قدرت تکلم: طبیعی  لکنت زبان

قدرت بینایی: کامل (با یا بدون عینک)  اختلال بینایی دارد

قدرت شنوایی: کامل (بدون سمعک)  اختلال شنوایی دارد

مهر و امضا پزشک معاینه کننده