**okul**

**okul yılı**

**SAĞLIK ANKETİ**

Müdüre,

Öğrencinin adı ……………………………………………………………….

Sınıf ……………

Hastalık / Sağlık Sorunu

……………………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………

İlaç Tedavisi (ilaç veya çocuğun aldığı ilaçlar):…………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………

Sorun çıkmış durumunda yapılacak işlemler: ………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………..Çocuğun gördüğü diğer tedaviler: …………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………..…………………… …………………………………………………………………………………..

Ebeveynlerin iletişim numaraları:

Ev: …………………….

Babanın Cep Telefonu: ………………

Anne cep telefonu: ……………….

Babanın Mesleği: ………………

Annenin Mesleği:……………………

Velilerle iletişim kurmak mümkün değilse, Okulun kiminle iletişim kurmasını istersiniz?

İsim / İlişki: ……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………….

Tel no…………………………………………………………………………………………………………

Diğer gözlemler:

……………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………

Ebeveyn adı: …………………………………………..

İmza: ………………………………

Tarih: ……………………………….

**Öğrenci tarafından ……………………………….. (tarih) tarihine kadar Bölüm Sorumlu Öğretim Üyesine iade edilecektir.**