|  |
| --- |
| **وزارت بهداشت ودرمان وآموزش پزشکی مرکزبهداشتی درمانی شهری/روستایی.......... وزارت آموزش وپرورش**  **دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی .......... خانه بهداشت / پایگاه بهداشت .............. سازمان آموزش وپرورش استان... ...... شهرستان .......... ناحیه ..... منطقه.......**  **مرکزبهداشت شهرستان.............. فصل ......... ساال .................. دبستان / مدرسه راهنمایی / دبیرستان ..............** |

**حــوادث**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نتیجه حادثه** | | | **محل حادثه** | | **مقطع تحصیلی وجنس**  **تعداد** | |
| **غیبت بیش ازدوهفته** | **نقص عضو** | **مرگ** | **درمسیرخانه ومدرسه** | **درمدرسه** |
|  |  |  |  |  | **دختر** | **ابتدایی** |
|  |  |  |  |  | **پسر** |
|  |  |  |  |  | **دختر** | **راهنمایی** |
|  |  |  |  |  | **پسر** |
|  |  |  |  |  | **دختر** | **متوسطه** |
|  |  |  |  |  | **پسر** |

**فعالیت آموزشی درمدارس**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ساعت آموزشی** | **تعداد شرکت کننده** | **تعداد جلسه** | **جنس** | **گروههای هدف** |
|  |  |  | **دختر** | **دانش آموزان مقطع ابتدایی** |
|  |  |  | **پسر** |
|  |  |  | **دختر** | **دانش آموزان مقطع راهنمایی** |
|  |  |  | **پسر** |
|  |  |  | **دختر** | **دانش آموزان مقطع متوسطه** |
|  |  |  | **پسر** |
|  |  |  |  | **والدین** |
|  |  |  |  | **کارکنان** |

**تاریخ : نام وامضاء تکمیل کننده : نام و امضاء مسئول واحد:**