/ مشخصات کلی مدرسه/هماهنگی و برنامه ریزی فعالیت ها

۱/۱– فرم ثبت اطلاعات عمومی و پایه مدرسه

مشخصات اداری و ساختمانی

* **نام مدرسه:** ..... **کد/ شناسه مدرسه:** ..... ☐ **مدرسه مروج سلامت**
* ☐ پسرانه ☐ دخترانه ☐ مختلط تعداد شیفت(نوبت تحصیل) در یک شبانه روز: ..... * **مساحت مدرسه به متر مربع:** .....
* **دوره تحصیلی :** ☐ دوره اول ابتدایی ☐ دوره دوم ابتدایی ☐ دوره اول متوسطه ☐ دوره دوم متوسطه
* **تعداد کل دانش آموزان:** ..... * تعداد دانش آموزان شیفت غالب مدرسه: ..... * تعداد دانش آموزان عشایر: .....
* **تعداد طبقات مدرسه** با احتساب طبقه همکف: ..... ☐ زیر زمین جزو فضای آموزشی محسوب می شود * **تعداد کل کلاس های درس:** ..... * **حداکثر تعداد دانش آموزان کلاس:** .....
* **نوع مدرسه:** ☐ روزانه ☐ شبانه ☐ شبانه روزی ☐ استثنایی ☐ عشایری ☐ هنرستان فنی و حرفه ای ☐ مجتمع آموزشی
* **نوع ساختمان مدرسه:** ☐ نوساز ☐ قدیمی ☐ مقاوم سازی در مقابل زلزله ☐ چادر ☐ کپر ☐ خشت و گل ☐ کانتینر ☐ سایر (با ذکر نام): .....
* **نوع مالکیت مدرسه:** ☐ دولتی ☐ استیجاری (دولتی) ☐ غیر انتفاعی ☐ خیر ساز ☐ سایر(با ذکر نام) .....
* **سیستم حرارتی مدرسه:** ☐ بخاری گازی ☐ بخاری نفتی ☐ شوفاژ ☐ سایر..... ☐ ندارد * **سیستم برودتی مدرسه:** ☐ کولر گازی ☐ کولر آبی ☐ پنکه ☐ سایر ..... ☐ ندارد
* **سیستم گرمایی و برق مدرسه توسط متخصصان آتش نشانی و برق:** ☐ کنترل می شود ☐ کنترل نمی شود فضای کلاس ها متناسب با تعداد دانش آموزان می باشد☐ نمی باشد.☐ شبکه آبرسانی دارد☐ ندارد☐ سیستم جمع آوری فاضلاب دارد☐ ندارد☐ تهویه کلاس ها مناسب هست ☐ نیست ☐ نور کلاس ها مناسب هست ☐ نیست☐

خدمات بهداشتی مدرسه

* **پایگاه تغذیه سالم استاندارد[1]:** ☐ دارد: (☐ با مجوز ☐ بدون مجوز) ☐ ندارد
* **اتاق بهداشت استاندارد[2]:** ☐ دارد (☐ مستقل با تجهیزات کامل ☐ مستقل با تجهیزات ناقص ☐ مشترک با تجهیزات کامل ☐ مشترک با تجهیزات ناقص) ☐ ندارد
* **آیا خدمات سلامت روان و مشاوره ای[3] در مدرسه طبق دستورالعمل اجرا می گردد؟** ☐ بلی ☐ خیر
* **آیا خدمات پایگاه تغذیه سالم[4] در مدرسه طبق دستورالعمل اجرا می گردد؟** ☐ بلی ☐ خیر
* **زمان متوسط فعالیت بدنی دانش آموزان در مدرسه در روز (با احتساب زنگ ورزش و زنگ تفریح بر اساس برنامه درسی دانش آموز) چقدر است؟** ☐ کم تر از نیم ساعت نیم تا یک ساعت ☐ بیش تر از یک ساعت
* **سفیران سلامت دانش آموزی در مدرسه[5]:** ☐ دارد (☐ یک نفر در هر کلاس) ☐ ندارد

نیروی انسانی مدرسه

* **نام و نام خانوادگی مدیر مدرسه:** ..... رشته و مدرک تحصیلی ..... تلفن همراه: .....
* **مراقب سلامت مدرسه:** ☐ دارد: نام و نام خانوادگی: ..... رشته و مدرک تحصیلی ..... ☐ ندارد
* در صورتی که مراقب سلامت مدرسه ندارد، **معلم رابط بهداشت:** ☐ دارد: نام و نام خانوادگی: ..... رشته و مدرک تحصیلی ..... ☐ ندارد
* **مربی ورزش:** ☐ دارد: نام و نام خانوادگی: ..... رشته و مدرک تحصیلی ..... ☐ ندارد
* **خدمتگزار:** ☐ دارد: نام و نام خانوادگی: ..... ☐ ندارد گواهی دوره بهداشت: ☐ دارد ☐ ندارد
* **خدمتگزار:** ☐ دارد: نام و نام خانوادگی: ..... ☐ ندارد گواهی دوره بهداشت: ☐ دارد ☐ ندارد
* **خدمتگزار:** ☐ دارد: نام و نام خانوادگی: ..... ☐ ندارد گواهی دوره بهداشت: ☐ دارد ☐ ندارد

شورای ارتقا سلامت مدرسه

* **نام و نام خانوادگی اعضاء شورای سلامت مدرسه: مدیر مدرسه(رئیس):** ..... **مراقب سلامت مدرسه/ رابط بهداشت مدرسه(دبیر):** .....
مراقب سلامت پایگاه سلامت / بهورز ذیربط مدرسه: ..... **نماینده دانش آموزان/ شورای دانش آموزی:** ..... **نماینده معلمان:** .....
نماینده انجمن اولیاء مربیان: ..... **مسئول بوفه:** ..... **نماینده شورای محلی:** ..... **مراقب سلامت پایگاه:** .....

۱،۲،۳،۴،۵: مطابق ضمائم شماره ۱ ، ۲ ، ۳، ٤، ٥ در راهنمای تکمیل پرونده سلامت مدرسه

*۱/۲– فرم ثبت اطلاعات جمعیتی دانش آموزان مدرسه .....

تبعیت	دوره ، پایه تحصیلی / جنس	دوره اول ابتدایی			دوره دوم ابتدایی			دوره متوسطه اول			دوره متوسطه دوم			کل
		اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم	ششم	هفتم	هشتم	نهم	دهم	یازدهم	دوازدهم	
ایرانی	دختر													
	پسر													
	کل													
غیر ایرانی	دختر													
	پسر													
	کل													
جمع کل														

سال تحصیلی .....

تبعیت	دوره ، پایه تحصیلی / جنس	دوره اول ابتدایی			دوره دوم ابتدایی			دوره متوسطه اول			دوره متوسطه دوم			کل
		اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم	ششم	هفتم	هشتم	نهم	دهم	یازدهم	دوازدهم	
ایرانی	دختر													
	پسر													
	کل													
غیر ایرانی	دختر													
	پسر													
	کل													
جمع کل														

*براساس سوال دوره تحصیلی صفحه اول(فرم ۱/۱) بخش های لازم فعال شود.

۲/خدمات آموزشی

۲/۱– فرم ثبت فعالیت های آموزش سلامت در مدرسه .....

تاریخ آموزش	موضوع آموزش	گروه هدف					مدت آموزش به دقیقه	تعداد شرکت کننده	مداخلات و روش های آموزشی											شیوه آموزش	وسایل کمک آموزش	رسانه های آموزشی (تعداد)							نتیجه پیش آزمون	نتیجه پس آزمون	نام و نام خانوادگی، سمت و امضای مسئول برنامه
		والدین	کارکنان			دانش آموزان			بسیج اطلاع رسانی	آموزش چهره به چهره / مشاوره	آموزش گروهی			بریائی نمایشگاه	برگزاری مسابقه			سایر (با ذکر نام)				پوستر	پمفلت	فیلم / سی دی	روز نامه دیواری	کتاب/کتابچه	پلاکارد/بنر	سایر(با ذکر نام)			
			کادر مدیریتی	کادر آموزشی	کادر پشتیبان*						جلسه / کلاس	کارگاه	همایش		ورزشی	هنری	فرهنگی														

* کادر پشتیبان: کادر خدمات، مسئول پایگاه تغذیه، رانندگان سرویس، سفیران سلامت دانش آموزی و .....

۲/خدمات آموزشی

۲/۱– فرم ثبت فعالیت های آموزش سلامت در مدرسه .....

تاریخ آموزش	موضوع آموزش	والدین	گروه هدف				تعداد شرکت کننده	مدت آموزش به دقیقه	مداخلات و روش های آموزشی										شیوه آموزش	وسایل کمک آموزش	رسانه های آموزشی (تعداد)							نتیجه پیش آزمون	نتیجه پس آزمون	نام و نام خانوادگی، سمت و امضای مسئول برنامه
			کارکنان			دانش آموزان			بسیج اطلاع رسانی	آموزش چهره به چهره / مشاوره	آموزش گروهی			بریائی نمایشگاه	برگزاری مسابقه		سایر (با ذکر نام)				پوستر	پمفلت	فیلم / سی دی	روز نامه دیواری	کتاب/کتابچه	پلاکارد/بنر	سایر(با ذکر نام)			
			کادر مدیریتی	کادر آموزشی	کادر پشتیبان*						جلسه / کلاس	کارگاه	همایش		ورزشی	هنری	فرهنگی													

* کادر پشتیبان: کادر خدمات، مسئول پایگاه تغذیه، رانندگان سرویس، سفیران سلامت دانش آموزی و .....