



بسمه تعالی
حوزه معاونت آموزشی
(فرم سلامت روان)

جای عکس

شماره دانشجویی:

نام: نام خانوادگی:

مقطع: رشته تحصیلی: نام دانشکده:

۱. معاینه جسمانی:

نظر پزشک:

- از نظر جسمانی دانشجو در سلامت است: بلی خیر نیاز به بررسی تکمیلی دارد
- ادامه تحصیل دانشجو از نقطه نظر پزشکی مانعی ندارد دارد
- سلامت دانشجو با توجه به مندرجات دفترچه راهنمای آزمون در خصوص رشته تحصیلی مورد تأیید قرار می گیرد.

مهر و امضاء پزشک مرکز بهداشت

تاریخ:

نام پزشک:

دانشجویان دانشگاه:

۲- معاینه روحی- روانی:

نظر مرکز مشاوره:

- از نظر مسائل روحی- روانی دانشجو در سلامت است: بلی خیر نیاز به بررسی تکمیلی دارد
- ادامه تحصیل دانشجو از نظر مشاوره روحی- روانی مانعی ندارد دارد
- سلامت دانشجو با توجه به مندرجات دفترچه راهنمای آزمون در خصوص رشته تحصیلی مورد تأیید قرار می گیرد.

مهر و امضاء مرکز مشاوره دانشگاه:

تاریخ:

نام مشاور:

لطفاً در صورت بیماری نام و شرح آن را بنویسید:

امضاء

مهم: این فرم پس از تکمیل و امضاء لازم است به اداره تحصیلات تکمیلی دانشگاه تحویل داده شود