



سال هجری تولد

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

نمون برگ شماره « ۱ »

نمون برگ اعلام آمادگی برای انجام مصاحبه اختصاصی

احتراماً بدینوسیله؛ اینجانب فرزند دارای کد ملی به شماره داوطلبی داوطلب بومی استان در روز مورخ زمان مراجعه برای انجام مصاحبه تخصصی ضمن مطالعه دقیق واطلاع ازموارد ذیل وهمچنین مفاد اطلاعیه مورخ/...../۱۳۹۹ سازمان سنجش آموزش کشور برای رشته های دارای شرایط خاص و شرایط وضوابط اختصاصی مندرج در دفترچه پیوست دفترچه شماره (۲) راهنمای انتخاب رشته های تحصیلی آزمون سراسری سال ۱۳۹۹، متعهد وملتزم می شوم ضمن رعایت مفاد ذیل و شرایط وضوابط اعلام شده ازسوی آموزش وپرورش، چنانچه در ردیف پذیرفته شدگان نهایی دانشگاه فرهنگیان ویا دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی قرار گیرم اقدام وادامه تحصیل نمایم:

- ۱- به این موضوع اشراف کامل دارم که موفقیت در مصاحبه تخصصی و بررسی صلاحیت های عمومی به منزله قبولی فرد در دانشگاه فرهنگیان و دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی تلقی نمی گردد. بلکه کلیه داوطلبان باید واجد شرایط مصاحبه تخصصی و بررسی صلاحیت های عمومی بوده و در گزینش نهایی که براساس ضوابط، توسط سازمان سنجش آموزش کشور انجام می گردد، دارای نمره علمی نهایی بالاتر در مقایسه با سایر داوطلبان در کد رشته محل انتخابی نیز باشند.
- ۲- به موجب ماده ۷ قانون خدمت وظیفه عمومی مصوب ۶۳/۷/۲۹ و تکلیف مقرر در تبصره ماده ۶ قانون اصلاح مواد ۱ از وظیفه عمومی مصوب ۱۳۹۰/۹/۱۶ مجلس شورای اسلامی فارغ التحصیلان ذکور دانشگاه های وابسته به آموزش و پرورش قبل اشتغال بکار در آموزش و پرورش و صدور حکم استخدام رسمی - قطعی مکلف به گذراندن دوره آموزش رزم مقدماتی می باشند. در صورت عدم مراجعه برای گذراندن دوره آموزش رزم مقدماتی، بروز هر مشکلی در راستای تبدیل وضعیت استخدامی به عهده دانشجو خواهد بود.
- ۳- رشته های مورد نیاز آموزش و پرورش در پردیس ها که دانشجو معلمان آن برای تشکیل کلاس در محل قبولی به خدمت نصاب لازم یعنی حداقل ۲۰ نفر نرسد سازمان مرکزی دانشگاه فرهنگیان می تواند به تشخیص خود نسبت به جابه جایی پذیرفته شدگان در پردیس های خود در سطح کشور اقدام نماید.
- ۴- موضوع اخذ تعهد و صدور احکام کارگزینی پذیرفته شدگان نهایی براساس منطقه محل خدمت تعیین شده در دفترچه شماره (۲) راهنمای انتخاب رشته های تحصیلی پس از طی مراحل قانونی و تأیید مراجع ذیصلاح، از مورخ ۱۳۹۹/۱۱/۱ به بعد خواهد بود.
- ۵- از معرفی شدگانی مصاحبه علمی - تخصصی به عمل خواهد آمد که دارای شرایط وضوابط مندرج در دفترچه پیوست دفترچه شماره (۲) راهنمای انتخاب رشته های تحصیلی آزمون سراسری سال ۱۳۹۹ باشند. چنانچه در هر مرحله از تحصیل مشخص شود که فاقد شرایط مزبور هستیم از ادامه تحصیل محروم و مکلف به پرداخت هزینه ها خواهیم بود. برخی از شرایط دفترچه دارای نمره علمی کل ۶۵۰۰ و بالاتر در زیر گروه آزمایشی مربوط، داشتن حداقل معدل کل ۱۴ در دوره متوسطه ی دوم، داشتن حداکثر سن ۲۴ سال تمام (متولدین ۱۳۷۵/۷/۱ به بعد)، بومی بودن در کادر رشته محل پذیرفته شده، برخورداری از سلامت کامل تن و روان و شرایط مناسب جسمانی برای حسن انجام وظیفه معلمی (توانایی گفتاری، قدرت بینایی، قدرت شنوایی، تناسب قد و وزن)
- ۶- متعهد و ملتزم می شوم چنانچه غیر واجد شرایط فوق ویا دفترچه آزمون واطلاعیه ومقررات اعلام شده، باشم آموزش و پرورش از بررسی صلاحیت های عمومی، بررسی ویژگی های جسمانی، انجام مصاحبه اختصاصی، تحصیل ویا استخدام اینجانب جلوگیری نماید. و حسب مورد مکلف به پرداخت خسارت نیز خواهم بود.
- ۷- تغییر اولویت انتخابی، رشته وتغییر گرایش وهمچنین تغییر سهمیه خدمتی تحت هر شرایط وفق ضوابط اعلام شده مجاز نبوده و در طول تحصیل و بعد از فراغت از تحصیل درخواستی در این خصوص نخواهم داشت.
- ۸- مسئولیت ناشی از عدم رعایت دقیق ضوابط و شرایط اعلام شده به عهده اینجانب خواهد بود. تشخیص آموزش و پرورش در هریک موارد فوق، غیر قابل اعتراض بوده و دستگاه مزبور، حق اقدام قضایی و صدور اجراییه در صورت تخلف علیه اینجانب را دارد.
- ۹- بررسی ویژگی های جسمانی براساس ضوابطی خواهد بود که آموزش و پرورش در زمان بررسی ویژگی های جسمانی اعلام می نماید.
- ۱۰- متعهد و ملتزم می شوم اگر جزء پذیرفته شدگان نهایی قرار گرفته و پس از ثبت نام در دانشگاه محل قبولی، در صورت ترک تحصیل یا انصراف از تحصیل ممنوعیت از تحصیل، اخراج و یا انفصال از خدمت، استنکاف از استخدام، عدم استخدام ناشی از تقصیر، ترک خدمت، باز خرید نمودن و بطور کلی در صورت فراهم نمودن موجبات عدم ایفای تمام یا قسمتی از خدمت مورد تعهد، مکلف خواهم بود دو برابر حقوق و مزایای دریافتی و دو برابر هزینه های دوره تحصیلی را حسب اعلام آموزش و پرورش و دانشگاه محل تحصیل، حسب مورد به توسط آموزش و پرورش یا دانشگاه پرداخت نمایم. نام ونام خانوادگی داوطلب تاریخ / امضاء، و اثر انگشت



سال جشن تولد

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

نمون برگ شماره [۳]

نمون برگ اعلام آمادگی برای انجام معاینات پزشکی

الف: اطلاعات مربوط به وضعیت جسمانی داوطلب بر اساس اظهارات خویش:

۱	دیابت	دارم	ندارم	۹	لوسیمی (سرطان)	دارم	ندارم
۲	سیروز کبدی	دارم	ندارم	۱۰	کم خونی شدید مقاوم به درمان	دارم	ندارم
۳	آسم	دارم	ندارم	۱۱	تالاسمی مازور	دارم	ندارم
۴	نارسایی کلیه	دارم	ندارم	۱۲	صرع	دارم	ندارم
۵	بیماری های پیشرفته قلبی	دارم	ندارم	۱۳	افسردگی	دارم	ندارم
۶	اسکروز آن بلاک	دارم	ندارم	۱۴	اضطراب	دارم	ندارم
۷	پارکینسون	دارم	ندارم	۱۵	اعتیاد به مواد مخدر، دخانیات و الکل	دارم	ندارم
۸	جذام	دارم	ندارم				

اینجانب شماره شناسنامه نام پدر شماره داوطلبی در آزمون سراسری سال ۱۳۹۹ رشته های موردنیاز آموزش و پرورش موارد قید شده در نمون برگ های مربوط به ویژگی های جسمانی و معاینات پزشکی را صادقانه و با دقت تکمیل کرده و صحت کلیه مندرجات آن را به عهده می گیرم و به این موضوع آگاهی کامل دارم که درج هر گونه موارد نادرست و یا کتمان حقیقت در هر مرحله ای از تحصیل و استخدام مانع پذیرفته شدن اینجانب خواهد شد. و از کلیه شرایط و ضوابط اعلام شده از سوی آموزش و پرورش در دفترچه آزمون و اطلاعیه مربوط و همچنین ضوابطی که در زمان انجام بررسی ویژگی های جسمانی اعلام خواهد شد؛ آگاهی کامل داشته و متعهد و ملتزم می شوم که مطابق ضوابط آموزش و پرورش عمل نمایم.

تاریخ تکمیل امضاء و اثر انگشت داوطلب





سال هجری تولّد

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

نمون برگ شماره ۴-الف

الف- خود اظهاری و سوابق بیماری (توسط داوطلب)

الف-۱) مشخصات عمومی داوطلب: لازم به ذکر است محتویات این پرسشنامه و معاینات کاملاً محرمانه می باشد

بند ۱. نام و نام خانوادگی:	بند ۲. متولد:/...../۱۳.....	کد ملی:
بند ۳. جنسیت: ۱. مذکر <input type="checkbox"/> ۲. مؤنث <input type="checkbox"/>	بند ۴. وضعیت تاهل: ۱. مجرد <input type="checkbox"/> ۲. متاهل <input type="checkbox"/> ۳. سایر <input type="checkbox"/>	
بند ۵. نام پردیس / مرکز / سازمان:	بند ۶. نام آخرین مدرسه ای که تحصیل کرده اید:	
بند ۷. گروه آزمایشی معرفی شده:		
بند ۸. آدرس پست الکترونیک: (ایمیل)		
بند ۹. شماره تلفن ثابت و همراه:		
بند ۱۰. خدمت سربازی ۱. رفته ام <input type="checkbox"/> ۲. نرفته ام <input type="checkbox"/> ۳. دارای معافیت هستم <input type="checkbox"/> علت معافیت ذکر شود		

الف-۳) سابقه پزشکی فرد (توسط داوطلب تکمیل گردد)

بند ۱۱. کدامیک از مشکلات زیر را تاکنون داشته اید؟

۱. اختلالات قلبی و عروقی ☐ ۲. احساس خستگی مزمن ☐ ۳. دردهای اسکلتی-عضلانی ☐ ۴. ناراحتی های گوارشی ☐
 ۵. فشار خون بالا ☐ ۶. سر درد دوره ای ☐ ۷. یبوست (بیماری قند) ☐ ۸. اختلال کارکرد تیروئید ☐
 ۹. کم خونی تایید شده ☐ ۱۰. بالا بودن چربی خون ☐ ۱۱. تشنج و صرع ☐ ۱۲. آسم و سایر بیماری های مزمن تنفسی ☐
 ۱۳. کاهش شنوایی ☐ ۱۴. بیماری های صعب العلاج (سرطان، ام اس، اچ ای وی و...) ☐ ذکر شود.....
 ۱۵. مشکلات دستگاه ادراری (عفونت، سنگ و...) ☐ ۱۶. سابقه عمل جراحی یا بستری شدن در بیمارستان ☐ علت....
 ۱۷. مشکلات مادرزادی ☐ ذکر شود.....
 ۱۸. معلولیت ☐ نوع و علت....
 ۱۹- سابقه بیماری های عفونی (سل، هپاتیت B، C، ایدز، تب مالت و...) ☐ در صورت ابتلاء هر کدام ذکر کنید.....
 ۲۰. سابقه هیچکدام از بیماری های فوق را ندارم ☐ ۲۱. آیا در دیدن رنگ ها مشکل دارید؟ بله ☐ خیر ☐

بند ۱۲. هنگام انجام فعالیت های بدنی دچار کدامیک از مشکلات زیر می شوید؟

۱. درد قفسه سینه ☐ ۲. سرگیجه ☐ ۳. سرفه ☐ ۴. تنگی نفس ☐ ۵. هیچکدام ☐

بند ۱۳. آیا در حال حاضر تحت درمان با داروی خاصی هستید؟

۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐ نام دارو ها ذکر شود....

بند ۱۴. آیا سابقه حساسیت به دارو یا غذای خاصی دارید؟

۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐ نام دارو ها، علت و مدت استفاده ذکر شود....





سال هشتم تولید

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

بند ۱۵. آیا بدون تجویز پزشک دارویی مصرف می کنید؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> اگر جوابتان مثبت است چه دارویی مصرف می کنید؟ ۱. آنتی بیوتیک <input type="checkbox"/> ۲. مسکن های ساده <input type="checkbox"/> ۳. دیابت (بیماری قند) <input type="checkbox"/> ۴. داروهای آرامبخش <input type="checkbox"/> ۵. داروهای تیروئید <input type="checkbox"/> ۶. سایر موارد <input type="checkbox"/> ذکر شود.....
بند ۱۶- آیا تاکنون سابقه ای از مصرف مواد مخدر (تریاک، هرویین، حشیش و.... و مواد محرک مثل شیشه، اکستازی) و.... داشته اید؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> چه سالی و چه مدت؟ ذکر کنید
بند ۱۷- آیا تا کنون سابقه ای از مصرف سیگار، قلیان و یا پپ داشته اید؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> چه سالی و چه مدت آیا ادامه دارد؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/>
بند ۱۸- گروه خونی و RH شما چیست؟

الف- (۴) سابقه پزشکی خانواده (توسط داوطلب تکمیل گردد)

بند ۱۹- کدامیک از موارد زیر در خانواده درجه یک (پدر، مادر، خواهر و برادر) شما وجود دارد؟ ۱. فشار خون بالا <input type="checkbox"/> ۲. سابقه سکته قلبی زیر پنجاه سال <input type="checkbox"/> ۳. دیابت (بیماری قند) <input type="checkbox"/> ۴. سرطان <input type="checkbox"/> ۵. مصرف دخانیات (سیگار، پپ، قلیان) <input type="checkbox"/> ۶. بالا بودن چربی های خون <input type="checkbox"/> ۷. بیماری های اعصاب و روان <input type="checkbox"/> ۸. بیماری های کلیوی <input type="checkbox"/> ۱۰. بیماری های روده ای (کولیت اولسرو، کرون) <input type="checkbox"/>
--

الف- (۵) وضعیت ایمنی سازی (توسط داوطلب تکمیل گردد)

بند ۲۰. آیا واکسیناسیون شما کامل انجام شده است؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> ۳. نمی دانم <input type="checkbox"/>
بند ۲۱. آیا واکسن هپاتیت ب را دریافت کرده اید؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> ۳. نمی دانم <input type="checkbox"/>
بند ۲۲. آیا در دوره دبیرستان واکسن توام (دیفتری، کزاز) دریافت کرده اید؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> ۳. نمی دانم <input type="checkbox"/>

الف- (۶) این قسمت توسط داوطلب به دقت مطالعه و تکمیل می گردد

(این نمون برگ توسط داوطلب و در حضور پزشک معاین تکمیل و امضا و تحویل پزشک معاین می گردد تا در پرونده پزشکی داوطلب نگهداری شود)
تاریخ تکمیل امضا، و اثر انگشت داوطلب



شماره

تاریخ

پیوست

بسته‌های



جمهوری اسلامی ایران
وزارت آموزش و پرورش

سال هجری تولید

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

نمون برگ شماره ۴-ب

ب- معاینات جسمی: (توسط پزشک)

ب-۱) قد، وزن، فشار خون، BMI

بند-۴۳. وزن به کیلوگرم..... BMI.....

بند-۲۳. قد (به سانتیمتر).....

بند-۲۴. فشار خون ۱- سیستول:..... ۲- دیا ستول:..... فشار خون بالا (۹۰/۱۴۰ و بالاتر) ۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐

ب-۲) اندازه گیری قدرت بینایی:

بند-۲۵. وضعیت بینایی چشم راست: (بدون عینک) ☐ ۱- ۱۰/۱۰ ☐ ۲- ۹/۱۰ ☐ ۳- ۸/۱۰ و کمتر ☐

بند-۲۶. وضعیت بینایی چشم چپ: (بدون عینک) ☐ ۱- ۱۰/۱۰ ☐ ۲- ۹/۱۰ ☐ ۳- ۸/۱۰ و کمتر ☐

بند-۲۷. با توجه به وضعیت بینایی مراجعه دانشجو به چشم پزشک توصیه می شود؟ ۱- خیر ☐ ۲- بلی ☐

بند-۲۸. آیا هر دو چشم سالم است؟ اگر نه نام بیماری.....

بند-۲۹. اگر از عینک استفاده می کنید؟ شماره چشم چپ..... راست..... آستیگماتیسم: راست..... چپ.....

ب-۳) معاینه لثه و دندان ها:

بند-۳۰. وضعیت بهداشت دندان ها کدام گزینه است؟ ☐ ۱. بد ☐ ۲. متوسط ☐ ۳. خوب ☐

بند-۳۱. وضعیت بهداشت لثه ها کدام گزینه است؟ ☐ ۱. بیماری لثه (پیوره) ☐ ۲. التهاب لثه ☐ ۳. طبیعی ☐

بند-۳۲. با توجه به معاینات وضعیت دهان و دندان مراجعه دانشجو به دندانپزشک توصیه می شود؟ ۱. خیر ☐ ۲. بلی ☐



سال هجری تولد

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

ب-۴) معاینات بدنی و بررسی های بالینی :

بند ۳۳- بررسی های بالینی

(همکاری گرامی لطفاً پیش از معاینه، مروری بر شرح حال باربازا بیتزولیسست بیماری های ممنوع الاستخدام داشته باشید)

۱. پوست و مو:	<input type="checkbox"/> طبیعی	<input type="checkbox"/> غیر طبیعی، ذکر شود.....
۲. سر، صورت و گردن:	<input type="checkbox"/> طبیعی	<input type="checkbox"/> غیر طبیعی، ذکر شود.....
۳. چشم و پلکها:	<input type="checkbox"/> طبیعی	<input type="checkbox"/> غیر طبیعی، ذکر شود.....
۴. دهان، گوش، حلق و بینی:	<input type="checkbox"/> طبیعی	<input type="checkbox"/> غیر طبیعی، ذکر شود.....
۵. بیماریهای عفونی:	<input type="checkbox"/> طبیعی	<input type="checkbox"/> غیر طبیعی، ذکر شود.....
۶. خون و غدد لنفاوی:	<input type="checkbox"/> طبیعی	<input type="checkbox"/> غیر طبیعی، ذکر شود.....
۷. قفسه سینه و پستان:	<input type="checkbox"/> طبیعی	<input type="checkbox"/> غیر طبیعی، ذکر شود.....
۸. قلب و عروق:	<input type="checkbox"/> طبیعی	<input type="checkbox"/> غیر طبیعی، ذکر شود.....
۹. ریه و تنفس:	<input type="checkbox"/> طبیعی	<input type="checkbox"/> غیر طبیعی، ذکر شود.....
۱۰. سیستم گوارشی:	<input type="checkbox"/> طبیعی	<input type="checkbox"/> غیر طبیعی، ذکر شود.....
۱۱. سیستم کلیه ها و مجاری ادراری - تناسلی:	<input type="checkbox"/> طبیعی	<input type="checkbox"/> غیر طبیعی، ذکر شود.....
۱۲. مغز و اعصاب:	<input type="checkbox"/> طبیعی	<input type="checkbox"/> غیر طبیعی، ذکر شود.....
۱۳. اعصاب و روان:	<input type="checkbox"/> طبیعی	<input type="checkbox"/> غیر طبیعی، ذکر شود.....
۱۴. اندام فوقانی و تحتانی:	<input type="checkbox"/> طبیعی	<input type="checkbox"/> غیر طبیعی، ذکر شود.....
۱۵. بیماری های روماتولوژی، استخوان، مفاصل و عضلات:	<input type="checkbox"/> طبیعی	<input type="checkbox"/> غیر طبیعی، ذکر شود.....
۱۶. غدد و هورمون ها:	<input type="checkbox"/> طبیعی	<input type="checkbox"/> غیر طبیعی، ذکر شود.....
۱۷. معاینات زنان:	<input type="checkbox"/> طبیعی	<input type="checkbox"/> غیر طبیعی، ذکر شود.....





سال هشتم تولید

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

ب-۵: نتیجه نهایی معاینات پزشکی

بند ۳۴- اظهار نظر نهایی پزشک معاین

ردیف	شرح موارد بررسی	نتیجه	ردیف	شرح موارد بررسی	نتیجه
۱	انحراف چشم	دارد	۱۲	اشکال در راه رفتن	دارد
۲	دید دو چشم با استفاده از عینک $\frac{50}{20}$	دارد	۱۳	لرزش در اندام ها	دارد
۳	دید چشم راست با استفاده از عینک $\frac{50}{20}$	دارد	۱۴	چاقی یا لاغری مفرط	دارد
۴	دید چشم چپ با استفاده از عینک $\frac{50}{20}$	دارد	۱۵	تیک عصبی	دارد
۵	سمعک	دارد	۱۶	ناموزونی در حرکات بدن	دارد
۶	حداقل ۴۰ دسی بل شنوایی در گوش راست	دارد	۱۷	لکنت زبان	دارد
۷	حداقل ۴۰ دسی بل شنوایی در گوش چپ	دارد	۱۸	اشکال در ادای کلمات و حروف	دارد
۸	عفونت گوش	دارد	۱۹	نقص عضو یا ایراد آشکار جسمی	دارد
۹	سوختگی در صورت	دارد	۲۰	تناسب اندام	دارد
۱۰	ماه گرفتگی در صورت	دارد	۲۱	وزن (تناسب وزن با حداقل قد)	کیلوگرم
۱۱	ریش کامل مو در صورت و سر	دارد	۲۲	قد (بر اساس مصوبه ستاد استانی)	سانتی متر

شماره

تاریخ

پیوست

بسمه تعالی



جمهوری اسلامی ایران
وزارت آموزش و پرورش

سال هجری تولید

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

عکس دانشجو

ممه‌ور به مهر پزشک
معاین

نمون برگ شماره (۴-۵)

اظهار نظر پزشک در پایان مرحله اول معاینات

آقا / خانم

کد ملی استان مرکز مجری مصاحبه

۱. از نظر جسمی و روانی توانایی تحصیل و کار معلمی را دارد. ☐

۲. از نظر جسمی و روانی توانایی کار معلمی را به دلایل ذیل: ☐

ندارد

تاریخ، امضاء و مهر

پزشک متعهد آموزش و پرورش

***مسئولیت و پاسخگویی به مراجع قانونی در خصوص عدم رعایت ضوابط و مفاد لیست بیماری‌هایی که ممنوعیت استخدام در آموزش و پرورش را دارند، برعهده پزشک تایید کننده این فرم می باشد.

تذکره (۱): صدور نمون برگ شماره ۴-ج (نمون برگ ارجاع به پزشک متخصص) در این مرحله برای همه داوطلبان ضرورت ندارد و صرفاً برای افرادی ارائه شود که نظر پزشک متخصص برای اظهار نظر نهایی ضرورت داشته باشد.

تذکره (۲): تشکیل پرونده و اخذ تعهد محضری و صدور حکم استخدام رسمی - آزمایشی مشروط به سالم بودن در آزمایشات بدو استخدام می باشد.