

محل الصاق عکس

نام و نام خانوادگی :

کدملی :

شماره داوطلبی :

جنسیت :

نام پدر :

سال تولد :

#### ۱- وضعیت پزشکی داوطلب :

- الف) سابقه بیماری خانوادگی: ☐ ندارد ☐ دارد
- ب) مشکل بینایی (استفاده از عینک یا لنز است): ☐ ندارد ☐ دارد
- ج) مشکل قلبی عروقی: ☐ ندارد ☐ دارد
- د) مشکل تنفسی: ☐ ندارد ☐ دارد
- و) مشکل شنوایی: ☐ ندارد ☐ دارد
- ز) نقص عضو: ☐ ندارد ☐ دارد
- ح) فشار خون غیر متعارف: ☐ ندارد ☐ دارد

تعداد ضربان قلب: ..... فشار سیستولیک: ..... فشار دیاستولیک: .....

نام و نام خانوادگی پزشک :

ملاحظات :

مهر و امضاء:

قد ( cm ) : وزن ( Kg ) :

امتیاز از صفر (طبیعی) تا ۵ (انحراف شدید)

صافی کف پا	زائوی عقب رفته
زائوی پراختاری	سندرم متقاطع تحتانی
زائوی ضربدری	پشت تایلدار
کج پستی (اسکولیوز)	سندرم متقاطع فوقانی

نام و نام خانوادگی غربالگر وضعیت بدنی:

ملاحظات :

امضاء

#### فرم ثبت نتایج آزمون عملی رشته تربیت بدنی

ردیف	ماده آزمون	واحد اندازه گیری	رکورد	جمع تعداد/ زمان
۱	کشش بارفیکس ۲۰ ثانیه	تعداد صحیح		
۲	دریبل فوتسال و بسکتبال	زمان اجرا (ثانیه و صدم ثانیه)		
		تعداد خطا		
۳	طناب زنی ۳۰ ثانیه	تعداد صحیح		
۴	دراز و نشست ۳۰ ثانیه	تعداد صحیح		
۵	دو ۴۰۹ متر	زمان اجرا (ثانیه و صدم ثانیه)		
		تعداد خطا		
۶	پرتاب توپ طبعی	مسافت پرتاب (برحسب سانتی متر)		
		تعداد خطا		
		خطا عدم پرتاب توپ (۳ ثانیه)		
۷	دو ۲۵۰ (۱۵۰) متر	زمان اجرا (ثانیه و صدم ثانیه)		
		تعداد خطا		
۸	زمان کل اجرا به عدد	دقیقه :	ثانیه :	صدم ثانیه :
	زمان کل اجرا به حروف	دقیقه :	ثانیه :	صدم ثانیه :

☐ آزمون را به اتمام رساند ☐ آزمون را نیمه تمام گذاشت ☐ به تشخیص پزشک از انجام آزمون منع شد

نام و نام خانوادگی سرکلور :	نام و نام خانوادگی مسئول اجرایی آزمون :
امضاء:	امضاء:
نام و نام خانوادگی مسئول کنترل نتایج در سیستم :	مدیریت امور پردیس های استان
امضاء:	سرپرست اجرایی آزمون عملی
نام و نام خانوادگی ناظر سازمان مرکزی :	مهر و امضاء:
امضاء:	