



سال تولید پشتیبانی و مانع زدایی

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 و اطلاع از موارد ذیل و همچنین مفاد اطلاعیه مورخ/...../۱۴۰۰ سازمان سنجش آموزش کشور برای رشته های دارای شرایط خاص و شرایط و ضوابط اختصاصی مندرج در دفترچه پیوست دفترچه شماره (۲) راهنمای انتخاب رشته های تحصیلی آزمون سراسری سال ۱۴۰۰، متعهد و ملتزم می شوم ضمن رعایت مفاد ذیل و شرایط و ضوابط اعلام شده از سوی آموزش و پرورش، چنانچه در ردیف پذیرفته شدگان نهایی دانشگاه فرهنگیان و یا دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی قرار گیرم اقدام و ادامه 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 موادی 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 حدنصاب 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 تایید مراجع ذیصلاح، از مورخ ۱۴۰۰/۷/۱ به بعد خواهد بود.
- ۵- از معرفی شدگانی مصاحبه علمی - تخصصی به عمل خواهد آمد که دارای شرایط و ضوابط مندرج در دفترچه پیوست دفترچه شماره (۲) راهنمای انتخاب رشته های تحصیلی آزمون سراسری سال ۱۴۰۰ باشند. چنانچه در هر مرحله از تحصیل مشخص شود که فاقد شرایط مزبور هستم از ادامه تحصیل محروم و مکلف به پرداخت هزینه ها خواهم بود. برخی از شرایط دفترچه دارای نمره علمی کل ۶۵۰۰ و بالاتر در ریز گروه آزمایشی مربوط، داشتن حداقل معدل کل ۱۴ در دوره متوسطه ی دوم، داشتن حداقل سن ۲۴ سال تمام (متولدین ۱۳۷۶/۷/۱ به بعد)، بومی بودن در کد 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 و یا دفترچه آزمون و اطلاعیه و مقررات اعلام شده، باشم آموزش و پرورش از بررسی صلاحیت های عمومی، بررسی ویژگی های جسمانی، انجام مصاحبه اختصاصی، تحصیل و یا استخدام اینجانب جلوگیری نماید. و حسب مورد مکلف به پرداخت خسارت نیز خواهم بود.
- ۷- تغییر اولویت انتخابی، رشته و تغییر گرایش و همچنین 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 هر یک موارد فوق، غیر قابل اعتراض بوده و دستگاه مزبور، حق اقدام قضایی و صدور اجرائیه 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 و نام خانوادگی داوطلب تاریخ / امضاء و اثر انگشت



جمهوری اسلامی ایران
وزارت آموزش و پرورش

بسمه تعالی

شماره
تاریخ
پیوست

سال تولید پشتیبانی و مانع زدایی

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

یک قطعه عکس

۳×۴

در این محل بچسبانید

نمون برگ شماره [۲]

گواهی می شود:

۱- اصل شناسنامه و کارت ملی آقای / خانم فرزند با کد

ملی به شماره داوطلبی مشاهده و مورد تطبیق قرار گرفت.

۲- تاریخ تولد ایشان روز ماه سال بوده و حائز شرط سنی تعیین شده یعنی حداکثر ۲۴ سال تمام (متولدین ۱۳۷۶/۷/۱

به بعد) در شرایط و ضوابط مندرج دفترچه شماره (۲) راهنمای انتخاب رشته های تحصیلی داوطلبان دانشگاه فرهنگیان و تربیت دبیر

شهید رجایی در سال ۱۴۰۰:

الف - می باشد ☐

ب - نمی باشد ☐

۳- اصل دیپلم و یا گواهی تأییدیه تحصیلی ایشان مورد بررسی قرار گرفت. معدل کل ایشان می باشد. به این ترتیب

ایشان از حداقل معدل لازم برای تحصیل در دانشگاه فرهنگیان و دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی برخوردار:

الف - می باشد ☐

ب - نمی باشد ☐

۴- باتوجه به شرایط و ضوابط اعلام شده، داوطلب حائز شرایط بومی استان می باشد ☐ نمی باشد ☐

۵- به دلیل عدم احراز شرط سن ☐ معدل ☐ بومی بودن ☐ حائز شرایط لازم برای انجام معاینه پزشکی نمی باشد.

۶- داوطلب نمون برگ مشخصات فردی مربوط به گزینش را قبلاً از طریق پست پیشتاز تکمیل و ارسال نموده است. بلی ☐ خیر ☐

۷- طبق مدارک و مستندات ارائه شده برای بخشنامه شماره ۷۱۰/۳۴ مورخ ۱۳۹۲/۷/۲۹ از امتیازنخبگان برخوردار می باشد ☐ نمی باشد ☐

۸- داوطلب نمون برگ شماره (۱) اعلام آمادگی برای انجام مصاحبه اختصاصی را تکمیل و تحویل نموده است. بلی ☐ خیر ☐

توجه: ضبط و نگهداری تصویر (شناسنامه، کارت ملی و اصل دیپلم) و یا گواهی تأیید شده که برابر اصل شده و نمون برگ های

دستورالعمل در سوابق پرونده مصاحبه داوطلب الزامی است.

مسئول پذیرش:

نام و نام خانوادگی:

تاریخ و امضاء:



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 پلاک	دارم	ندارم	۱۴	اضطراب	دارم	ندارم
۷	بارکینسون	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 ۱۴۰۰ 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 ازسوی 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 متلزم می شوم که مطابق ضوابط آموزش و پرورش عمل نمایم.

تاریخ تکمیل امضاء و اثر انگشت داوطلب



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. مونث <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 <input type="checkbox"/> ۲. احساس خستگی مزمن <input type="checkbox"/> ۳. دردهای اسکلتی-عضلانی <input type="checkbox"/> ۴. ناراحتی های گوارشی <input type="checkbox"/>
۵. فشار خون بالا <input type="checkbox"/> ۶. سر درد دوره ای <input type="checkbox"/> ۷. دیابت (بیماری قند) <input type="checkbox"/> ۸. اختلال کارکرد تیروئید <input type="checkbox"/>
۹. کم خونی تایید شده <input type="checkbox"/> ۱۰. بالا بودن چربی خون <input type="checkbox"/> ۱۱. تشنج و صرع <input type="checkbox"/> ۱۲. آسم و سایر بیماری های مزمن تنفسی <input type="checkbox"/>
۱۳. کاهش شنوایی <input type="checkbox"/> ۱۴. بیماری های صعب العلاج (سرطان، ام اس، اچ ای وی و...) <input type="checkbox"/> ذکر شود.....
۱۵. مشکلات دستگاه ادراری (عفونت، سنگ و...) <input type="checkbox"/> ۱۶. سابقه عمل جراحی یا بستری شدن در بیمارستان <input type="checkbox"/> علت....
۱۷. مشکلات مادرزادی <input type="checkbox"/> ذکر شود..... ۱۸. معلولیت <input type="checkbox"/> نوع و علت.....
۱۹- سابقه بیماری های عفونی (سل، هیپاتیت B، C، ایدز، تب مالت و...) <input type="checkbox"/> در صورت ابتلاء هر کدام ذکر کنید.....
۲۰. سابقه هیچکدام از بیماری های فوق را ندارم <input type="checkbox"/> ۲۱. آیا در دیدن رنگ ها مشکل دارید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
بند ۱۲. هنگام انجام فعالیت های بدنی دچار کدامیک از مشکلات زیر می شوید؟
۱. درد قفسه سینه <input type="checkbox"/> ۲. سرگیجه <input type="checkbox"/> ۳. سرفه <input type="checkbox"/> ۴. تنگی نفس <input type="checkbox"/> ۵. هیچکدام <input type="checkbox"/>
بند ۱۳. آیا در حال حاضر تحت درمان با داروی خاصی هستید؟
۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> نام دارو ها ذکر شود.....
بند ۱۴. آیا سابقه حساسیت به دارو یا غذای خاصی دارید؟
۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/> نام دارو ها، علت و مدت استفاده ذکر شود.....



سال تولید پشتیبانی و مانع زدایی

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

<p>بند ۱۵. آیا بدون تجویز پزشک دارویی مصرف می کنید؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/></p> <p>اگر جوابتان مثبت است چه دارویی مصرف می کنید؟</p> <p>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 نیروزا <input type="checkbox"/> ۶. سایر موارد <input type="checkbox"/> ذکر شود.....</p>
<p>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</p>
<p>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"/></p> <p>چه سالی..... و چه مدت..... آیا ادامه دارد؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/></p>
<p>بند ۱۸- گروه خونی و RH شما چیست؟.....</p>

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

<p>بند ۱۹- کدامیک از موارد زیر در خانواده درجه یک (پدر، مادر، خواهر و برادر) شما وجود دارد؟</p> <p>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. بیمارهای اعصاب و روان <input type="checkbox"/> ۸. بیماری های کلیوی <input type="checkbox"/> ۱۰. بیماری های روده ای (کولیت اولسرو، کرون) <input type="checkbox"/></p>
--

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

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

الف-۶) این قسمت توسط داوطلب به دقت مطالعه و تکمیل میگردد

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



جمهوری اسلامی ایران
وزارت آموزش و پرورش

بسمه تعالی

شماره
تاریخ
پیوست

سال تولید پشتیبانی و مانع زردانی

معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع

نمون برگ شماره ۴-ب

ب) - معاینات جسمی: (توسط پزشک)

ب-۱) قد، وزن، فشار خون، BMI

بند-۲۳. قد (به سانتیمتر)	بند-۴۳. وزن به کیلوگرم..... BMI
بند -۲۴. فشار خون ۱- سیستول:..... ۲- دیا ستول:..... فشار خون بالا (۹۰/۱۴۰ و بالاتر) ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/>	

ب-۲) - اندازه گیری قدرت بینایی:

بند-۲۵. وضعیت بینایی چشم راست: (بدون عینک) <input type="checkbox"/> ۱- ۱۰/۱۰ <input type="checkbox"/> ۲- ۹/۱۰ <input type="checkbox"/> ۳- ۸/۱۰ و کمتر <input type="checkbox"/>
بند-۲۶. وضعیت بینایی چشم چپ: (بدون عینک) <input type="checkbox"/> ۱- ۱۰/۱۰ <input type="checkbox"/> ۲- ۹/۱۰ <input type="checkbox"/> ۳- ۸/۱۰ و کمتر <input type="checkbox"/>
بند-۲۷. با توجه به وضعیت بینایی مراجعه دانشجو به چشم پزشک توصیه می شود؟ ۱- خیر <input type="checkbox"/> ۲- بلی <input type="checkbox"/>
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؟ <input type="checkbox"/> ۱. بد <input type="checkbox"/> ۲. متوسط <input type="checkbox"/> ۳. خوب <input type="checkbox"/>
بند-۳۱. وضعیت بهداشت لثه ها کدام گزینه است؟ <input type="checkbox"/> ۱. بیماری لثه (پیوره) <input type="checkbox"/> ۲. التهاب لثه <input type="checkbox"/> ۳. طبیعی <input type="checkbox"/>
بند-۳۲. با توجه به معاینات وضعیت دهان و دندان مراجعه دانشجو به دندانپزشک توصیه می شود؟ ۱. خیر <input type="checkbox"/> ۲. بلی <input type="checkbox"/>



ب-۴) معاینات بدنی و بررسی های بالینی :

بند ۳۳- بررسی های بالینی

(همکار گرامی لطفاً پیش از معاینه، مروری بر شرح حال باربارا بیتزولیست بیماری های ممنوع الاستخدام داشته باشید)

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