

(PANSİYON-PARALI/PARASIZ YATILI)

ÖĞRENCİ SAĞLIK BİLGİ FORMU

--

ÖĞRENCİNİN ADI ve SOYADI	
TC KİMLİK NO:	
DOĞUM TARİHİ ve YERİ:	
BABA ADI:	
ANNE ADI:	
EV ADRESİ:	
EV TELEFONU:	
ANNENİN MESLEĞİ ve CEP TLF:	
BABANIN MESLEĞİ ve CEP TLF:	
ÖĞRENCİNİN CEP NUMARASI	
KRONİK BİR RAHATSIZLIĞI VARMI(Kalp Hastası,Diyabet,Epilepsi,akdeniz ateşi,talasemi vb.)?	
DÜZENLİ KULLANDIĞI BİR İLAÇ VARMI?	
İLAÇ ALERJİSİ VARMI?	
AİLEDE KALITSAL HASTALIK VARMI?	
GIDA YADA BÖCEK ALERJİSİ VARMI?	
VÜCUDUNDA PROTEZ VARMI?(Kalp pili ve stent dahil)	
GÖZLÜK KULLANIYORMU?	
KAN GRUBU?	

...../...../2023

İMZA
VELİNİN ADI SOYADI