**فرم پایش برنامه آهن یاری و مکل یاری با ویتامین د در مدارس دخترانه/پسرانه دوره متوسطه (اول و دوم) در طول سالتحصیلی 14**

**نام مرکزبهداشتی درمانی : خانه بهداشت: نام مدرسه/مقطع:** **تعداد مدرسه راهنمایی/دبیرستان روستا / شهر:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **تاریخ** | **تعداد دانش آموز (دختر/پسر) دوره اول و دوم** | **تعداد دانش آموز آموزش دیده در این جلسه** | **تعداد قرص آهن توزیع شده** | **تعداد قرص ویتامین د توزیع شده** | **موضوع آموزشی** | **استفاده از مطالب آموزشی** | **امضاء سخنران** | **امضاء و مهر مدیر/معاون مدرسه** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* **در صورت عدم اجرای برنامه در اولین فرصت به مسئول واحد تغذیه مرکز بهداشت شهرستان اطلاع رسانی گردد. یادآور می گردد هر ماه حداقل یکبار جهت اجرای برنامه به مدارس تحت پوشش مراجعه گردد. در مدارس پسرانه فقط مکمل D توزیع گردیده است. امضا مراقب سلامت/ بهورز بعد از بررسی :** **امضا کارشناس ناظر/تغذیه بعد از بررسی :**

**فرم پایش برنامه آهن یاری و مکل یاری با ویتامین د در مدارس دخترانه/پسرانه دوره متوسطه (اول و دوم) در طول سالتحصیلی 14**

**نام مرکزبهداشتی درمانی : خانه بهداشت: نام مدرسه/مقطع:** **تعداد مدرسه راهنمایی/دبیرستان روستا / شهر:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **تاریخ** | **تعداد دانش آموز (دختر/پسر)گروه هدف** | **تعداد دانش آموز آموزش دیده در این جلسه** | **تعداد قرص آهن توزیع شده** | **تعداد قرص ویتامین د توزیع شده** | **موضوع آموزشی** | **استفاده از مطالب آموزشی** | **امضاء سخنران** | **امضاء و مهر مدیر/معاون مدرسه** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* **در صورت عدم اجرای برنامه در اولین فرصت به مسئول واحد تغذیه مرکز بهداشت شهرستان اطلاع رسانی گردد. یادآور می گردد هر ماه حداقل یکبار جهت اجرای برنامه به مدارس تحت پوشش مراجعه گردد. در مدارس پسرانه فقط مکمل D توزیع گردیده است. امضا مراقب سلامت/ بهورز بعد از بررسی :** **امضا کارشناس ناظر/تغذیه بعد از بررسی :**