

نام و نام خانوادگی :
کد ملی :
شماره داوطلبی :

جنسیت :

محل الصاق
عکس

وضعیت پزشکی داوطلب:

عنوان	دارد	ندارد
الف) سابقه بیماری خانوادگی		
ب) مشکل بینایی (استفاده از عینک بلامانع است)		
ج) مشکل قلبی عروقی		
د) مشکل تنفسی		
ح) مشکل شنوایی		
ر) نقص عضو		
ز) فشار خون غیر متعارف		

تعداد ضربان قلب : فشار سیستولیک : فشار دیاستولیک :

نام و نام خانوادگی پزشک :
ملاحظات :
مهر و امضاء:

ارزیابی ساختار قامتی
قد (cm) :
وزن (Kg) :
امتیاز از صفر (طبیعی) تا ۵ (انحراف شدید)

صافی کف پا		زانوی عقب رفته	
زانوی پرانتزی		سندرم متقاطع تحتانی	
زانوی ضربدری		پشت تابدار	
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 (زمان / تعداد)
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 ۹*۴ متر	زمان اجرا (ثانیه و صدم ثانیه)		
		تعداد خطا		
۶	پرتاب توپ طبی	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 به اتمام رساند		آزمون به اتمام نرساند		به تشخیص پزشک از انجام آزمون منع شد
نام و نام خانوادگی سرداور :		نام و نام خانوادگی مسئول اجرایی آزمون:		
امضاء:		امضاء:		
نام و نام خانوادگی ناظر سازمان مرکزی:		رئیس دانشگاه استان سرپرست اجرایی آزمون عملی مهر و امضاء:		
امضاء:		امضاء:		