

فرم سلامت دانشجو

نام و نام خانوادگی دانشجو	کد ملی	شماره دانشجویی	مقطع و ترم	رشته	تلفن تماس

نوع بیماری	داروی مصرفی	مدت بیماری	پزشک معالج	علائم	عوارض ناشی از بیماری	نوع حمایت درخواستی	تلفنهای اضطراری

ادرس و شماره تلفن محل سکونت:

اینجانب ولی دانشجو با کد ملی متعهد می شوم با اطلاع کامل از بیماری دخترم با سکونت ایشان در خوابگاه یاس موافقت می نمایم، همچنین نهایت تلاش خود را در جهت حمایت از فرزندم با هماهنگی سرپرستان خوابگاه یاس انجام خواهم داد.

تاریخ، امضاء و اثر انگشت ولی دانشجو