**کارت ثبت کلاسهای آموزشی تغذیه کودکان زیر 5سال برنامه حمایتی –مشارکتی**

**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار**

**شبکه بهداشت و درمان............. تاریخ شروع برنامه (دریافت کارت)........**

**مرکز بهداشتی و درمانی.......... وضعیت رشد کودک در شروع برنامه:**

**خانه بهداشت............ لاغری⃝ کم وزنی شدی⃝ کم وزنی⃝**

**پایگاه بهداشتی درمانی......... وضعیت رشد کودک در 6ماهه اول سال مطلوب ⃝ نامطلوب⃝**

**نام و نام خانوادگی کودک............. وضعیت رشد کودک در 6ماهه دوم سال مطلوب ⃝ نامطلوب⃝**

**کدملی................... تاریخ تولد........... نام پدر......... نام مادر........... نام مراقب سلامت/ بهورز...................**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **تاریخ مراقبت** | **موضوع آموزش** | **مهر مرکز** | **تاریخ خرید** | **مهر و امضاء فروشگاه هنگام تحویل کالا** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |  |