



TC.
.....KAYMAKAMLIĞI
..... MÜDÜRLÜĞÜ
OKUL/KURUM ADI
SAĞLIK KURULUŞUNA SEVK



Sevk Edilen Adı Soyadı	Unvanı (Öğretmen/ Öğrenci/ Ziyaretçi)	Tespit Eden Adı Soyadı	Tespit Tarihi	Tespit Saati	Tespitin Gerçekleştiği Yer	Sevk Saati	Gösterdiği Semptomlar	Sevk Edilen Sağlık Kuruluşu
		/...../20....:.....	:.....		
		/...../20....:.....	:.....		
		/...../20....:.....	:.....		
		/...../20....:.....	:.....		
		/...../20....:.....	:.....		

Planı hazırlayan

.....
.....
(Görevi, Adı, Soyadı, İmza)

Okul Müdürü

.....
(Adı, Soyadı, İmza)