اداره نظارت بر فرآورده های طبیعی، سنتی، مکمل

تاریخ:

شماره ثبت:

معاونت غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی جهرم

چک لیست ارزیابی باشگاه های ورزشی

|  |
| --- |
| **مشخصات باشگاه ورزشی** |
| نام باشگاه: | شماره تلفن ثابت: | شماره تلفن همراه: |
| آدرس باشگاه: |
| نام و نام خانوادگی مربی: | کد ملی: |
| مدرک تحصیلی: | نام پدر: |
| اطلاعات پروانه کسب: |
| شیفت کاری: | ساعت فعالیت: | خانم ها ⃝ | آقایان ⃝ | هردو ⃝ |
| نوع ورزش: | ایروبیک ⃝ | بدنسازی ⃝ | تناسب اندام ⃝ | و .... |

|  |  |
| --- | --- |
| تاریخ بازدید: | ساعت: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ردیف | مورد ارزیابی | وضعیت |
| بله | خیر |
| 1 | آیا در باشگاه ورزشی ارائه رژیم غذایی بدون حضور کارشناس تغذیه و رژیم درمانی صورت می گیرد؟ |  |  |
| 2 | آیا در محیط باشگاه هر گونه تبلیغ غیر قانونی و فریبنده در خصوص چاقی، لاغری، بیماری های پوست و مو و ..... وجود دارد؟ |  |  |
| 3 | آیا در باشگاه فرآورده های دست ساز تقلبی اعم از خوراکی یا موضعی به فروش می رسد؟ |  |  |
| 4 | آیا فرآورده های مخدر به منظور درمان بیماری به ویژه (چاقی و لاغری) عرضه می گردد؟ |  |  |
| 5 | آیا عرضه مکمل غذایی و ورزشی در محیط باشگاه صورت می گیرد؟ |  |  |
| 6 | آیا مربی یا مربیان باشگاه داروهای هورمونی، استروئیدهای آنابولیک و ..... برای یدنسازان تجویز یا عرضه می کنند؟ |  |  |

**سایر توضیحات:**

|  |
| --- |
| نام و نام خانوادگی و امضاء بازرسین غذا و دارو: |
|  |  |  |
| نام و نام خانوادگی بازرسین سایر ارگان ها: |
|  |  |  |
| نام و نام خانوادگی مربی باشگاه: |
|  |  |