

الصورة
الشخصية

المكرم مدير / (مستشفى الوحدة الصحية) المحترم

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

نأمل توقيع الكشف الطبي على الطالب و الموضحة صورته بأعلاه و موافقتنا

بتقرير يفيدنا بإستطاعته ممارسة المنافسات الرياضية المختلفة لأكثر من ساعتين يومياً .

شاكرين تعاونكم معنا

عميد عمادة شؤون الطلاب

د / محمد بن حمود حبيبي

عيادة الجلدية Dermatology	عيادة الباطنة Internal Medicine	عيادة العيون Ophthalmology						
<table border="1"><tr><td>FIT</td><td>لائق</td></tr></table>	FIT	لائق	<table border="1"><tr><td>FIT</td><td>لائق</td></tr></table>	FIT	لائق	<table border="1"><tr><td>FIT</td><td>لائق</td></tr></table>	FIT	لائق
FIT	لائق							
FIT	لائق							
FIT	لائق							
<table border="1"><tr><td>Un FIT</td><td>غير لائق</td></tr></table>	Un FIT	غير لائق	<table border="1"><tr><td>Un FIT</td><td>غير لائق</td></tr></table>	Un FIT	غير لائق	<table border="1"><tr><td>Un FIT</td><td>غير لائق</td></tr></table>	Un FIT	غير لائق
Un FIT	غير لائق							
Un FIT	غير لائق							
Un FIT	غير لائق							
DR/Sign التوقيع	DR/Sign التوقيع	DR/Sign التوقيع						

<table border="1"><tr><td>غير لائق</td><td>لائق</td></tr></table>	غير لائق	لائق	فصيلة الدم () التوقيع النتيجة العامة
غير لائق	لائق		

المكرم / عميد شؤون الطلاب بجامعة جازان

بعد التحية

بعالية نتيجة الكشف الطبي على المذكور للعلم و الإحاطه .

مدير (مستشفى الوحدة الصحية)

الختم

التوقيع

الرقم : التاريخ : المرفقات :