المكرم/ مدير مستوصف/ مستشفى.................................................................

 السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

الرجاء إتمام الكشف الطبي اللازم للطالب/ة.......................................................

وذلك لإنهاء إجراءات التسجيل للعام الدراسي............14هـ/.......14هـ وإفادتنا بالنتيجة مع الشكر والتقدير.

مديرة المدرسة:............................... التوقيع:....................... الختم

المكرمة مديرة المدرسة:...........................................................................

 السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

تم إجراء الكشف الطبي على الطالب/ة وكانت نتيجة الفحص كالتالي:

العمر: ............. الجنس: □ ذكر □ أنثى

□ لائق طبياً التوصيات: ............................................................

□ غير لائق الأسباب: ..............................................................

الطبيب:................................

التوقيع:................................. الختم

التاريخ:................................