



معلومات الطالب	
	الاسم
	الجنس
	تاريخ الميلاد
	محافظة السكن
	رقم البطاقة الوطنية / هوية الاحوال المدنية

معلومات القبول	
	جهة القبول (جامعة / كلية / قسم)
	التخصص
	نوع الشهادة
	سنة القبول
	رقم الامر الجامعي بالقبول
	تاريخ الامر الجامعي بالقبول

معلومات الفحص	
	دائرة الصحة
	المستشفى / المركز

الملاحظات	نتائج الفحص

ختم الكلية المقبول فيها الطالب

التاريخ:

التوقيع:

اسم الطالب:

التاريخ:

ختم وتوقيع المستشفى