

بسم الله الرحمن الرحيم



كلية التربية الرياضية

السيد الدكتور / مدير اللجنة الطبية الفرعية /

مرسل لسيادتكم :

الاسم : ..... الوظيفة : .....

تاريخ الانقطاع : ٢٠ / / تاريخ الابلاغ : ٢٠ / /

ملاحظات :

برجاء الكشف الطبى عليه وافادتنا بالنتيجة.

تحريرا فى : ٢٠ / /

امين الكلية

مدير شئون العاملين

الاجازات