



جامعة دبي
UNIVERSITY of DUBAI

(شهادة اللياقة الصحية للطلاب)

السيد الدكتور / مدير الصحة المدرسية : المحترم
الرجاء الفحص الطبي على الطالب / الطالبة :
وموافقتنا بالنتيجة كما هو مبين أدناه:

● فصيلة الدم

● اللياقة الصحية:

توقيع الطبيب:

لائق صحياً

توقيع الطبيب:

غير لائق صحياً

● الأمراض المعدية:

توقيع الطبيب:

خالي من الأمراض المعدية

يعاني من الأمراض التالية:

.....
.....
.....

توقيع الطبيب:

تصديق مدير الصحة المدرسية/المستشفى/العيادة

التاريخ: