

Picture

صورة

شهادة طبية Medical Certificate



Name:	الإسم:
Nationality:	الجنسية:
ID No :	الرقم الشخصي:
Birth:	تاريخ الميلاد:
Height:	الطول:
Weight:	الوزن:
Group:	فصيلة الدم:

الفحص الطبي / Medical Examination

Breathe:	التنفس:
Heart:	القلب:

Unfit / غير لائق

لائق / Fit

شهادة طبية
Medical Certificate



Practitioner:	إسم وختم الطبيب : Medical
Date:	التاريخ :
Signature:	التوقيع :

ختم المركز الصحي