



صورة

شهادة طبية
MEDICAL CERTIFICATE

NAME الاسم كامل

AGE العمر

سم الطول كجم الوزن ضغط الدم النبض

HIGHT WEIGHT B,P PULSE

PEYSICAL EXAMINATION الفحص الاكلينيكي

CARDIOLOGY SYSTEM القلب

RESPIRATORY SYSTEM التنفس

OTHERS SYSTEM فحوصات أخرى

FIT () () لائق

UNFIT () () غير لائق

DATE / / التاريخ :

توقيع وختم الطبيب

ختم المركز