



## بطاقة تحويل طالب للكشف الطبي

اسم الطالب	رقم الهوية	تاريخ الميلاد	مكان الميلاد

المكرم/ مدير المركز الصحي ب..... سلمه الله

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد:

نأمل الكشف الطبي على الطالب المذكور أعلاه لرغبته في الالتحاق بالصف: .....  
والإفادة عن حالته الصحية، وخلوه من الأمراض لنتمكن من قبوله بالمدرسة.

ولكم جزيل الشكر

اسم قائد المدرسة	التاريخ	التوقيع	الختم

## حفظه الله

## عائد مع التحية لقائد المدرسة

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد

بعد إجراء الكشف الطبي على الطالب المذكور أعلاه لرغبته بالالتحاق في المدرسة، والإفادة عن حالته الصحية  
وخلوه من الأمراض نفيديكم بأنه تبين التالي:

الطالب سليم ولا توجد لديه أمراض.

الطالب يعاني من: .....

الختم	اسم الطبيب:	التوقيع:
	.....	.....
	اسم مدير المركز الصحي:	التوقيع:
	.....	.....

✓ تعباً هذه الاستمارة وتختتم من قبل المدرسة الليلية قبل إحالة الطالب.

✓ يحال الطالب إلى أقرب مركز صحي أو مستشفى حكومي تابع لمكان إقامته، ولا تقبل التقارير الصادرة من القطاع الخاص.

✓ هذه البطاقة خاصة بالمتقدمين الجدد من الطلاب، وهي شرط قبول في المدارس الليلية.

✓ أي كشط أو تعديل يلغي النموذج.