

(استمارة طلب تخفيض نصاب طبي)

بيانات المعلم / ة										
الرقم المدني :										
رقم الجوال :										
التاريخ :										
التوقيع :										
اسم المعلم الرباعي :										
اسم المدرسة :										

المبررات الصحية مع إرفاق تقرير طبي:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

رأي قائد مدرسة : .....	
اسم قائد المدرسة:	
التوقيع:	
ختم:	
رأي إدارة شؤون المعلمين:	
<input type="checkbox"/> يستحق	<input type="checkbox"/> لا يستحق
اسم مشرف شؤون المعلمين:	
التوقيع:	