

## ملحق شهادة طبيّة

..... إنني الممضي أسفله<sup>(1)</sup>  
..... أشهد أن حالة السيّد(ة)  
..... المولود(ة) في

( ) لا تنطبق

( ) تنطبق

على الشروط الطبيّة :

1 . ( ) الدرجة

2 . ( ) الدرجة

3 . ( ) الدرجة

ملاحظات خاصة :

- تحديد مدة الصلوحية لسبب طبي :

..... المدة ( ) نعم  
( ) لا

..... قيود أو شروط خاصة تدون على الإجازة :  
.....

..... ختم بـ ..... في  
(إمضاء وختم الطبيب)

المرسل إليهم :

- المعني بالأمر ( )

- مكتب الإجازات ( )

- الملف الطبي ( )

- المشغل ( )

(1) اسم ولقب الطبيب المصادق عليه