

إقرار من طبيبة الأطفال/طبيب الأطفال
أو طبيبة الأسرة/طبيب الأسرة

أؤكد بموجب هذا، أنني قد أجريت الفحص الطبي المدرسي للطفل

اسم الطفل الأول ولقبه

..... الاسم الأول

..... اللقب

..... تاريخ الميلاد

..... الصف

..... المدرسة

اسم أولياء الأمور الأول ولقبهم

..... الاسم الأول

..... اللقب

..... العنوان

..... الاسم الأول

..... اللقب

..... العنوان

تم إجراء الفحص

..... تم إجراء الفحص في (التاريخ):

..... المكان والتاريخ

.....

ختم وتوقيع الطبيبة/الطبيب