

نموذج تقرير طبي - خلو من الأمراض المزمنة

نادي الفجيرة للفنون القتالية

الاسم الكامل للمتقدم:	
الجنس:	ذكر
تاريخ الميلاد:	أنثى
رقم الهوية الإماراتية:	
رقم الهاتف:	

يُعبأ من قبل الطبيب / الجهة الطبية المعتمدة:

نقرّ نحن في المستشفى/المركز الصحي المذكور أدناه، وبعد الكشف الطبي، أن اللاعب/اللاعبة المذكور أعلاه، خالي/ة من الأمراض المزمنة التالية:

امراض القلب
مرض السكري
مرض الصرع
أمراض الجهاز التنفسي المزمنة (الربو)
الأمراض العصبية المؤثرة على الحركة أو التوازن

لائق طبيا للمشاركة في الانشطة الرياضية	غير لائق طبيا للمشاركة في الانشطة الرياضية
--	--

إسم الطبيب	
المسمى الوظيفي	
الجهة الطبية	
تاريخ الكشف	

ختم المستشفى او المركز الصحي (الختم الرسمي)	
---	--

