

استمارة الكشف الطبي لترشيح القبول لبرنامج الطفولة المبكرة

المحترم سعادة مدير مستوصف / المركز الطبي / مستشفى:

نأمل التكرم بإجراء الفحص الطبي على الطالبة المدونة بياناتها بالنموذج وإفادتنا بالنتيجة المعتمدة عن الحالة الصحية طبيياً من حيث سلامة الحواس والنطق والحركة.

وتفضلوا بقبول التحية والتقدير

رئيسة قسم رياض الأطفال

د. سلوى بنت أبو بكر باوزير

اسم الطالبة رقم الطلب (إن وجد):

الرقم الجامعي
(خاص بالمحولات)

رقم الهوية

الجوال 9 6 6

فحص السلامة البدنية والحركية

نوع الفحص	الحالة الصحية	الطبيب	نوع الفحص	الحالة الصحية	الطبيب
الجهاز الحركي	سليم <input type="checkbox"/> غير سليم <input type="checkbox"/>	الاسم	الجهاز التنفسي	سليم <input type="checkbox"/> غير سليم <input type="checkbox"/>	الاسم
		التوقيع			التوقيع
الجهاز العصبي	سليم <input type="checkbox"/> غير سليم <input type="checkbox"/>	الاسم	الجهاز العظمي والأطراف	سليم <input type="checkbox"/> غير سليم <input type="checkbox"/>	الاسم
		التوقيع			التوقيع

فحص سلامة الحواس والنطق

نوع الفحص	الحالة الصحية	الطبيب	نوع الفحص	الحالة الصحية	الطبيب
فحص النظر	سليم <input type="checkbox"/> غير سليم <input type="checkbox"/>	الاسم	فحص النطق	سليم <input type="checkbox"/> غير سليم <input type="checkbox"/>	الاسم
		التوقيع			التوقيع
فحص السمع	سليم <input type="checkbox"/> غير سليم <input type="checkbox"/>	الاسم			الاسم
		التوقيع			التوقيع

نتيجة الفحص

لائحة طبيياً (سليمة الحواس والنطق والحركة)

غير لائحة طبيياً (من حيث سلامة الحواس والنطق والحركة)

اسم الفاحص	التوقيع
التاريخ	الختم